ZESZYT JUBILEUSZOWY

Voir le résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE — WEJHEROWO

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK XI. DZIEKANKA KWARTAŁ I-II.

1934



ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO - DZIEKANKA, WOJEWÓDZKI ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE w GNIEŹNIE.

Treść

Str.

I. Prace oryginalne:
1. Aleksander Piotrowski: Dziesięciolecie Istnienia Nowin Psychjatrycznych 1
2. Aleksander Piotrowski: Czterdziestolecie Istnienia Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, piętnastolecie administracji polskiej . . 11
3. Dr. med. Dr. phil. K. Wize: Przykład symbiozy literackiej wśród psychicznie chorych . 36
4. Dr. St. Świerczek i Dr. St. Świerczkowa; Odczyn opadania krwinek w porażeniu postępującem 76
5. Dr. Präger: Nerwica przypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym . . . 90
6. Halina Jankowska: Opieka Rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie . . . 195
7. Dr. A. Wirszubski: Przymus sterylizacji w Niemczech pod względem psychjatrycznym 242
8. Dr. med. Dr. phil. K. Wize: Próba etiologji zaburzeń reaktywnych na tle rozwojowem jednostki 251

II. Sprawozdania z posiedzeń klinicznych 267
III. Oceny i streszczenia . . . 276
IV. Sprawozdania z zakładów Psychjatrycznych w Polsce . . . 289

Sommaire

Page

I. Travaux originaux:
1. Alexandre Piotrowski: Le dixième anniversaire des „Nowiny Psychjatryczne“ 1
2. Alexandre Piotrowski: Quinze années d'administration polonaise à Dziekanka 11
3. Dr. med. Dr. phil. K. Wize: Un cas de symbiose littéraire chez les aliénés 36
4. Dr. St. Świerczek et Dr. St. Świerczkowa: Sédimentation des globules du sang dans la paralysie générale 76
5. Dr. N. Präger: Névroses traumatiques et leur importance médico-légale pour les dédommagements 99
6. Halina Jankowska: Le patronage familial des aliénés dans la Voïevodie de Wilno 195
7. Dr. A. Wirszubski: Stérilisation obligatoire en Allemagne à l'égard des maladies psychiques 242
8. Dr. med. Dr. phil. K. Wize: Étiologie des psychoses réactionnelles basée sur l'évolution de l'individu 251

II. Comptes-rendus des séances scientifiques à Dziekanka . . . 267
III. Critiques et résumés . . . 276
IV. Rapports sur le serv. dans les hôp. psych. en Pologne 289

Nieodżałowanej pamięci

Aleksandrowi Piotrowskiemu

Doktorowi Medycyny i Doktorowi Filozofji

Naczelnemu swemu Redaktorowi jako dowód niezatartej czci ten **JUBILEUSZOWY ZESZYT** poświęca

REDAKCJA.

W 40-tą rocznicę
istnienia
Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego
w DZIEKANCE,

w 15-tą rocznicę
działalności zarządu polskiego,

w 10-tą rocznicę
powstania Nowin Psychjatrycznych,

Zeszyt ten jubileuszowy przedkłada czytelnikom

REDAKCJA.



NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK XI. 1934 KWARTAŁ I-II

PRACE ORYGINALNE.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny w Dziekance.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Dziesięciolecie istnienia Nowin Psychjatrycznych.

Podał ALEKSANDER PIOTROWSKI.

W styczniu roku bieżącego minęło 10 lat od chwili założenia Nowin Psychjatrycznych, czasopisma poświęconego sprawom psychjatrycznym, naukowym i praktycznym, wydawanego staraniem Dyrekcji Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. Początki wydawnictwa były skromne. Pismo wychodziło najpierw jako dodatek do Nowin Lekarskich w miesięcznych zeszytach objętości 1/2 arkusza. W tej formie nie miało widoków powodzenia; ubogą swoją szatą zewnętrzną nie mogło nikogo nęcić. Redagowanie pisma było uciążliwe i niepraktyczne ze względu na odległość drukarni (Poznań) od Redakcji (Gniezno-Dziekanka). To też Redakcja uwolniła się od więzów łączących ją z Nowinami Lekarskiemi i od roku 1925 wydaje Nowiny Psychjatryczne jako samodzielne pismo we własnym nakładzie, drukując je w Gnieźnie. Dla uproszczenia techniki wydawniczej przemieniono czasopismo na kwartalnik; poźniej złączono dwa kwartalniki w jeden zeszyt półroczny. Ramy czasopisma rozszerzono naogół do 24 arkuszy rocznie. Dzięki okoliczności, że Redakcja i drukarnia znajdują się na miejscu i że 12 numerów miesięcznych tworzy, dwa zeszyty półroczne, opracowanie ich zostało rozłożone na dłuższy okres czasu, co sta-

nowi znaczne ułatwienie pracy redakcyjnej już choćby ze względu na szczupłe grono personelu, który obarczony obowiązkami zawodowemi, czy to lekarskiemi, czy administracyjnemi tylko w chwilach wolnych od zajęć służbowych, może się poświęcić pracy w redakcji.

Nowiny Psychjatryczne z czasem zdobyły sobie uznanie, zjednały czytelników i wywołały zainteresowanie nawet zagranicą, czego dowodem są dzieła naukowe przesyłane do omówienia i oceny, że wymienię tylko prace Mochiego z Kairo „Les fondaments, les limites et la valeur de la psychologie scientifique," albo publikację prof. Franka z Rzymu „Il processo fine della Conscienza", albo Ks. P. Siwki z Rzymu „Konnersreuth w świetle nauki i religji, rozprawy, czy „Metody badań zjawisk nadprzyrodzonych", albo pracę Dr. Burowa z Londynu „The Structure of Insanity", książki Dr. Strasser z Zurychu „Die Denkmethoden und Ihre Gefahren", Dra Kollego z Kilonji „Die primäre Verücktheit", lub A. Kronfelda z z Berlina „Perspektiven der Seelenheilkunde" i i., jakoteż liczne prace autorów zagranicznych nadesłane do druku w naszym kwartalniku.

W pierwszym okresie swego istnienia czasopismo musiało walczyć ze znacznemi trudnościami, związanemi z ugruntowaniem i zapewnieniem finansowej podstawy swego bytu. Dużo ambarasu Redakcji przysporzyła nieprzyjazna agitacja czynników niechętnych i nieprzychylnych wydawnictwu, mianowicie wtedy, gdy chodziło o rozszerzenie pisma albo o wyjednanie u władz wsparcia finansowego.

Dzięki ofiarności osób życzliwych, jak Dyr. Dr. Cyrana w Lublińcu, który w r. 1924 na wydanie VII zeszytu Nowin Pschjatrycznych przeznaczył z budżetu Zakładu Lublinieckiego 500.- zł. albo Dyr. Dr. Siwińskiego z Kochanówki, który przysłał dla wydawnictwa 100.- zł. oraz dzięki dobrej woli obywatelstwa gnieźnieńskiego i okolicy, które licznie przybyło na bal urządzony w Dziekance w celach zasilenia Kasy Nowin Psychjatrycznych, co pozwoliło zebrać pokaźny fundusz na finansowanie czasopisma, pierwszy rok (1924) zakończył się bez deficytu. Tak więc trudności początkowe zostały przezwyciężone. Pismo rozszerzało swoją objętość i z powodzeniem walczyło o odpowiednie stanowisko w piśmiennictwie. Prace do druku napływały obficie. Nadsyłany materjał nie mógł być jednak od razu wyzyskany, lecz musiał z braku miejsca być odkładany na później. Gdy Redakcja po latach niepokoju i niepewnoś-

ci przystąpiła do spokojnej, planowej, regularnej i systematycznej pracy, powstały nowe trudności spowodowane kryzysem. Liczba abonentów zmalała. Subwencje częściowo zmniejszyły się, lub ustały zupełnie. Objętość czasopisma musiała być zmniejszona. Wreszcie i te trudności zostały pokonane i pismo wstąpiło na nową drogę rozkwitu.

Gdy spojrzymy na 10--letni okres istnienia Nowin Psychjatrycznych, wtedy stwierdzimy, że Nowiny Psychjatryczne w tym okresie ogłosiły drukiem pokaźny materjał naukowy i liczne artykuły o znaczeniu praktycznem. Większość artykułów oryginalnych, jakoteż streszczenia publikacyj fachowych z prasy zagranicznej, przedewszystkiem francuskiej, ale także włoskiej i innej, wyszły z pod pióra lekarzy w Dziekance, nie mówiąc już o protokółach z posiedzeń lekarskich. Dotychczas w Nowinach Psychjatrycznych zostało wydrukowanych 140 prac oryginalnych, z tych 78 pochodzi od lekarzy z Dziekanki, a 62 od innych autorów polskich i zagranicznych; 220 streszczeń publikacyj z piśmiennictwa psychjatrycznego, z tych 182 streszczeń dokonali lekarze z Dziekanki, a 38 streszczeń pochodzi od innych autorów; 88 sprawozdań z posiedzeń lekarskich, 39 rocznych sprawozdań zakładów psychjatrycznych w Polsce, mianowicie 10 z Dziekanki i 29 z innych zakładów psychjatrycznych Polski. Pozatem ważny szczegół stanowi 20 sprawozdań z kongresów. Publikacje te mają pierwszorzędne znaczenie informacyjne, dają one nam pogląd na rozwój myśli psychjatrycznej w Polsce.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych i klinicznych lekarzy w Dziekance rzucają światło na stan psychjatrji w Dziekance. Niektóre sprawozdania są oryginalne i mają piętno prac naukowych. Ale jest także duża ilość sprawozdań o znaczeniu czysto dydaktycznem. Dotyczą one przypadków, z któremi lekarze nie mogli się uporać, więc przedstawiali je na wspólnych konferencjach lekarskich, gdzie przypadki takie zostały szczegółowo omówione i dostatecznie wyświetlone.

Sprawozdania z zakładów psychjatrycznych przedstawiają w sposób wyczerpujący stosunki szpitalne i administracyjne nietylko w Dziekance, lecz także w innych zakładach polskich i zawierają cenne dane statystyczne, mianowicie co do ruchu chorych. Każde takie sprawozdanie zakładu zawiera dla czytelnika dużo szczegółów nietylko informacyjnych, ale nawet pouczających i godnych zastanowienia się. Niestety dział ten nie jest kompletny, ponie-

waż nie wszystkie zakłady przysyłały sprawozdania, a te które sprawozdania swoje przysyłały, czyniły to dorywczo. Gdyby wszystkie zakłady były regularnie przysyłały sprawozdania do streszczenia i wydrukowania, mielibyśmy zbiór danych, zawierający cenny materjał porównawczy.

Dział przeznaczony do streszczeń i oceny zawiera bogaty materjał naukowy. Są tu streszczone liczne prace autorów zagranicznych i polskich, godne streszczenia resp. szczegółowego omówienia ze względu na wartościową treść i na poglądy i oryginalny kierunek myśli w publikacjach tych zawarty. Większość streszczeń (182) pochodzi od lekarzy w Dziekance i świadczy o intensywnem zainteresowaniu się referentów piśmiennictwem psychjatrycznem, rozwijającem się żywo nietylko u nas w Polsce, ale i zagranicą. Dzieła naukowe, które nadchodzą z Niemiec, z Szwajcarji, z Włoch, z Anglji, z Austrji, z Rosji, z Ameryki, z Afryki i z innych krajów do oceny i omówienia świadczą o bliskim kontakcie N. Ps. z zagranicą.

Sprawozdania z kongresów psychjatrycznych, neurologicznych i innych w Polsce i zagranicą, zestawione po większej części przez lekarzy delegowanych z Dziekanki, informują czytelników o bujnem rozwoju myśli psychjatrycznej na szerokim świecie. Są jeszcze liczne braki i niedomagania w sprawozdaniach z kongresów psychjatrycznych w Polsce, ale nie ma w tem winy ani Redakcji ani sprawozdawców. Pomimo licznych upomnień i próśb niektórzy autorzy streszczeń swoich referatów nie nadsyłali.

Reasumując powyższe dane, stwierdzamy, że w ciągu 10-ciu lat istnienia w Nowinach Psychjatrycznych zostało wydrukowanych 507 artykułów. Z tych większość, mianowicie 377 przypada na Dziekankę, t. zn., że autorami tych publikacyj byli. wzgl. są lekarze z Dziekanki. Reszta tj. 130 artykułów pochodzi od innych autorów. Ztąd wynika, że interesowanie się pracą fachowo-literacką lekarzy w Dziekance jest bardzo żywe. Dziekanka własnemi artykułami może stale zasilać czasopismo. Okoliczność ta świadczy o tem, że Nowiny Psychjatryczne nie są żadnem luksusem, lecz rzeczą potrzebną.

Jak widzimy Nowiny Psychjatryczne w krótkim okresie 10-cioletniej egzystencji przechodziły różne koleje, mianowicie etap rozkwitu i postępu, okres cofania się i ponownego rozwoju. Z początku wydawnictwo walczyło z dużemi trudnościami finansowemi,

z czasem zyskało subwencje od Starostwa Krajowego Poznańskiego, od Starostwa Krajowego Pomorskiego, od Województwa Śląskiego i od Ministerstwa Opieki Społecznej. Za tę pomoc Redakcja wyraża niniejszem szczerą wdzięczność i uznanie. Z powodu kryzysu subwencje te po większej części odpadły. Przestało przysyłać dotację Ministerstwo Opieki Społecznej, Starostwo Krajowe Pomorskie i Województwo Śląskie. Deficyt powodowany wyschnięciem tych źródeł wynosi 2.100 zł. Na szczęście Starostwo Krajowe Poznańskie, mające pełne zrozumienie dla potrzeb wydawnictwa i oceniając ważność i znaczenie ideowe tej placówki, która nazwisko „Dziekanki" rozniosła daleko poza granice Polski, przeznaczyło dotację, która narazie wystarczy na pokrycie najniezbędniejszych wydatków wydawnictwa, zredukowanych naturalnie z powodu kryzysu i niesprzyjających okoliczności, do zwężonych granic. Najdalej posunięta oszczędność jednak pozwala czasopismo utrzymać na dotychczasowym poziomie. Obecnie istnienie Nowin Psychjatrycznych dzięki okoliczności, że posiadają ustalony regularny roczny budżet, jest zepewnione; dzięki zaś ofiarnej pracy współpracowników, którzy bezinteresownie swoją wiedzę i swoje siły oddają na usługi czasopisma, jego dalszy rozwój zapowiada się pomyślnie.

W r. 1928 Starostwo Krajowe w Poznaniu ustaliło regulamin dotyczący wydawnictwa „Nowin Psychjatrycznych", ogłoszony w czasopiśmie naszem w r. 1928, I-II. Dokładnie i szczegółowo opracowany i podzielony na rozdziały i paragrafy, uwzględnia cel czasopisma, przedmiot publikacyj, nakład, wydatki, bezpłatny przydział czasopisma, prenumeraty, opłatę za ogłoszenia, prace autorskie, zarząd, komisje rewizyjne, odpowiedzialność redakcji i sprawozdania roczne. Według § 10 tego regulaminu Nowiny Psychjatryczne mają być wydawane staraniem Dyrekcji Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. W skład Redakcji mają wchodzić lekarze tegoż Zakładu. Członkami redakcji mają zostać drogą kooptowania — dyrektorzy i lekarze innych zakładów psychjatrycznych, którzy zajmują się pracą literacko - naukową. Czynności administracyjne spełniać mają zastępca redaktora i jeden pomocnik biurowy Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. Kasowością wydawnictwa zarządza rendant Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. Paragraf 11 ustala komisję rewizyjną. § 12 regulaminu przewiduje od powiedzialność redaktora wzgl. jego zastępcy i odpowiedzialność zastępcy redak-

tora jako redaktora technicznego za dział techniczny. Wreszcie w końcowym § 13 jest mowa o sprawozdaniu rocznem, które Administracja Nowin Psychjatrycznych składać ma Starostwu Krajowemu w Poznaniu z działalności swojej i ze stanu kasowego.

Tym sposobem Nowiny Psychjatryczne zostały ściśle złączone z Dziekanką i stanowią jej integralny składnik ideowy.

Kasowość czasopisma za ubiegłe 10 lat ilustruje poniższe zestawienie Komisji rewizyjnej.

Dochody wynoszą 64.546,33 zł. a składają się na tę sumę:

a) dotacje i dobrowolne ofiary 50.899,— zł.
b) przedpłaty 8.812,51 zł.,
c) ogłoszenia 5.434,82 zł.

Wydatki wynoszą: 64,546, 33 zł. mianowicie:

a) koszta druku etc. 61.012,37 zł.
b) „ administracyjne 3.033,95 zł.
c) inne wydatki 500,01 zł.

Dzięki Now. Psychj. powiększyła się bibljoteka lekarska Zakładu w Dziekance o 69 czasopism, albowiem drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, bibljoteka Zakładu otrzymuje następujące czasopisma: 1) Alkoholizm, 2) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny, 3) Biologja Lekarska, 4) Czasopismo Sądowo-Lekarskie, 5) Dobro Ludu, 6) Droga do Zdrowia, 7) Fontes XXVI, 8) Ginekologja Polska, 9) Gruźlica Skóry, 10) Klinika Współczesna, 11) Kronika Dentystyczna, 12) Lekarz Wojskowy, 13) Medycyna, 14) Medycyna Doświadczalna i Społeczna, 15) Medycyna Praktyczna, 16) Nowiny Lekarskie, 17) Nowiny Psychjatryczne, 18) Nowiny Społeczno-Lekarskie 19) O leczeniu farmakologicznem, 20) Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego, 21) Polska Gazeta Lekarska, 22) Prasa Lekarska, 23) Przegląd Antropologiczny, 24) Przegląd Dentystyczny, 25) Przegląd Dermatologiczny 26) Przegląd Piśmien. Lek. Pol., 27) Przegląd Terapeutyczny, 28) Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy, 29) Rocznik Psychjatryczny, 30) Rocznik Tow. Naukowego w Toruniu, 31) Terapja Nowa, 32) Trzeźwość, 33) Świt, 34) Szkoła Specjalna, 35) Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 36) Wiadomości Kas Chorych, 37) Wiadomości Lekarskie, 38) Wiedza Lekarska, 39) Wiedza i życie, 40) Zagadnienie Rasy, 41) Zapiski Tow. Naukowego w Toruniu, 42) Zdrowie, 43) Gazette des Hôpitaux, L'Universita, 45) Le Monde Médical, 46) Comptes Rendus Men

suels des séances de la classe de Médecine, 47) Rivista di Patol. Nervosa e Mentale, 48) Rivista di Neurologia, 49) L'Ospedale Psychiatrico, 50) Rasegna di Studi Psychiatrici, 51) Mentale Hygiene Biulletin, 52) Fortschritte der Medizin, 53) Geisteskrankenplege, 54) Bulletin International de L'Académié Polonaise des Sciences et des Lettres, 55) The Bulletin of the Polish Medical and Dental Association of America, 56) Protokoły Vedeckych Schodzek, 57, Dusé, 58) Problemy Psychonewrologji razwiw. Czełoweka i Pedologji, 59) Podkorowaja Psychofiziologja, 60) Problemy Newropatologji, 61) Psichoterapja, 62) Alkogolizm, 63) Usłownye Reflexy, 64) Roślinne żytia ta nerwowa systema, 65) Trudy Psychj. Kliniki Odesk. Gosud. Med. Inst. 66) Statewe Żytia i Seljanki, 67) Robota i Utomlenie, 68) Dla Zdrowia, 69) Tętno medycyny. Abonament tych czasopism wynosiłby rocznie ca 1125.— zł.

Nowiny Psychjatryczne zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz z dziedzin pokrewnych. Redakcja Nowin Psychjatrycznych zaprasza Szan. Kolegów do współpracy i do nadsyłania artykułów oryginalnych lub streszczeń prac z dziedziny psychjatrji i neurologji, z psychjatrji i filozofji medycyny itp. i uprasza o dołączenie do tych prac streszczeń w języku francuskim. Autorzy otrzymują 25 odbitek pracy na koszt Redakcji. Nowiny Psychjatryczne zapisuje się w Administracji w Wojewódzkim Zakładzie Psychjatrycznym Gniezno-Dziekanka. Opłata roczna wynosi 12,— zł. Egzemplarz poza abonamentem kosztuje 8.— zł.

Zapowiedziany swego czasu i założony w r. 1929 dodatek do Now. Psychj. „Przewodnik Pielęgniarski" przechodził także kryzys i musiał z tego powodu być zredukowany, ale i ten kryzys minął. Materjał do druku w Przewodniku Pielęgniarskim dostarczają prawie w całości (z nielicznemi wyjątkami artykułów autorów zagranicznych) lekarze i personel nadpielęgniarski Dziekanki. Kilkakrotny apel do kolegów okazał się dotąd bezkuteczny. Nadeszły wprawdzie słowa ujemnej krytyki, ale odpowiednie artykuły, któreby wykazały potrzeby personelu pielęgniarskiego na terenie Polski i któreby wypełniły luki i braki w „Przewodniku" dotąd nie pojawiły się. To też nie dziw, że w artykułach, drukowanych w Przewodniku Pielęgniarskim a pochodzących przeważnie z Dziekanki, odźwierciedla się życie szpitalne i potrzeby Dziekanki. Jeżeli niemieccy autorzy przysyłają swoje artykuły oryginalne do wydrukowania

w Przewodniku Pielęgniarskim, to Redakcja nie traci nadziei, że nadejdzie czas, kiedy znajdą się poza Dziekanką jeszcze inni autorzy polscy, którzy będą mieć coś do powiedzenia w Przewodniku Pielęgniarskim. Przewodnik Pielęgniarski wychodzi nietylko jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych ale również jako pismo oddzielne, za osobnym abonamentem. Przewodnik Pielęgniarski poświęcony jest interesom pielęgniarstwa psychjatrycznego i przeznaczony do użytku personelu pielęgniarskiego szpitali psychjatrycznych. Pismo to wstępuje obecnie w szósty rok swego istnienia i wychodzi w formie kwartalnika. Administracja i Redakcja są wspólne z Nowinami Psychjatrycznemi Gniezno-Dziekanka. Abonament jest ze względu na krytyczne czasy i na niskie uposażenie personelu pielęgniarskiego o połowę obniżony i wynosi na rok 2.— zł., na pół roku 1.— zł. Poza abonamentem egzemplarz kosztuje 1.— zł. Czasopismo ogłasza artykuły oryginalne traktujące w popularny sposób o rzeczach, które personel pielęgniarski powinien wiedzieć i które są wykładane w państwowych kursach pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance. Znajdujemy w Przewodniku krótkie artykuły na tematy zaczerpnięte z anatomji człowieka, z fizjologji, z medycyny wewnętrznej, z lecznictwa i pielęgniarstwa, które w sumie obejmują najniezbędniejsze wiadomości, stanowiące podstawę wiedzy i umiejętności personelu pielęgniarskiego. Pozatem dział streszczeń podaje streszczenia ważniejszych publikacyj z dziedziny pielęgniarstwa. Redakcja zaprasza ponownie kolegów z innych zakładów psychjatrycznych do współpracy i do nadsyłania artykułów oryginalnych lub streszczeń; wypowiedzienie nowych i oryginalnych myśli w przedmiocie pielęgniarstwa psychjatrycznego, omówienie różnych doświadczeń w tej dziedzinie upowszechni, charąkter czasopisma. Redakcja zwraca się także do starszego personelu pielęgniarskiego innych zakładów psychjatrycznych w Polsce z apelem, ażeby nadsyłał artykuły i wypowiedziały swoje życzenia, co może przyczynić się do podniesienia stanu pielęgniarskiego i do rozszerzenia czasopisma.

Ważne znaczenie mają sprawozdania z kursów psychjatrycznych dla pielęgniarstwa. Redakcja chętnie wydrukuje każde sprawozdanie. Zakłady, w których odbywają się kursy, przysłużą się jeszcze więcej sprawie, jeżeli będą ogłaszać sprawozdania, przedstawiające treść i przebieg wykładów, wyniki nauczania i egzaminów. Z refleksji na temat kursów mogą wyłonić się nowe myśli użyźniające glebę sprawnie zoraną i mogącą wydać plon obfity

we formie ulepszenia i podniesienia poziomu dydaktycznego kursów, co znów w następstwie przyczyni się do fachowego udoskonalenia personelu pielęgniarskiego.

Hôpital Psychiatrique publ. Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Le dixième anniversaire de „Nowiny Psychjatryczne".

Par. ALEKSANDRE PIOTROWSKI.

L'auteur passe en revue l'origine, l'évolution et la place remplie de „Nowiny Psychjatryczne", journal psychiatrique fondé et rédigé par l'auteur depuis 1924. Il décrit la lutte pour l'existence du journal et pour la consolidation du fondement financiel; il mentionne aussi les efforts faits pour gagner pour son entreprise l'approbation et la reconnaissance du monde médical. D'abord un petit mensuel, le journal se développe à un volume de plus de 24 feuilles par an. Articles originaux, résumés, documents cliniques, analyses, comptes-rendus de séances scientifiques et de congrès, rapports annuels d'hôpitaux psychiatriques polonais et variétés forment la table de matière de chaque numéro. Le „Przewodnik Pielęgniarski" (guide des gardes malades) fait le supplément du cahier. Les „Nowiny Psychjatryczne" ont trouvé aussi à l'étranger l'approbation, des amis et des collaborateurs. Elles sont éditées par la Direction de l'Hôpital psychiatrique Dziekanka et subventionnées par l'autorité (Starosta Krajowy) à Poznań.

Prix de l'abonnement: 12,— zł. par an, Le cahier singulier coûte 8.— zł.

Czterdziestolecie istnienia Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, piętnastolecia administracji polskiej w Dziekance.

Skreślił: AL. PIOTROWSKI.

W bieżącym roku upływa 40 lat od chwili, kiedy do nowowybudowanego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance zaczęli napływać chorzy. W dniu 20. 10. 1894 przyjęto pierwszych chorych, których przewieziono z Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach.

Jak w r. 1925 z okazji 30-letniego istnienia Dziekanki, Dyrekcja wydała zeszyt jubileuszowy (Pamiętnik) Nowin Psychjatrycznych, tak i w roku bieżącym w ten sam sposób pragnie uczcić 40-letnią rocznicę istnienia Dziekanki, 15-lecie administracji polskiej i 10-tą rocznicę powstania Nowin Psychjatrycznych. Jubileuszowi Nowin Psychjatrycznych poświęcony jest artykuł poprzedni, sprawozdanie niniejsze zaś odnosi się do jubileuszu Dziekanki, a oba artykuły wspólnie dają pogląd na działanie administracji polskiej. Tym trzem jubileuszom poświęcony jest zeszyt I-II r. 1934 Nowin Psychjatrycznych. Jest to równocześnie dowodem rozwoju Dziekanki. Zeszyt jubileuszowy wypadł tym razem okazalej, treść jego jest bogatsza, niż treść zeszytów jubileuszowych poprzednich, mianowicie zeszyt I jubileuszowy (Pamiętnik) wydany z początkiem r. 1925 z okazji 30 lecia Dziekanki i zeszyt II jubileuszowy, wydany w r. 1929 z okazji 10-lecia działalności administracji polskiej w Dziekance. Treść zeszytu podzieliliśmy na kilka części: I-sza część zawiera krótki szkic opisowy Zakładu z pominięciem niektórych szczegółów, które znajdują się w poprzednich zeszytach jubileuszowych, fotografje, tablice statystyczne, oraz charakterystykę rozwoju ideji szpitala i lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance. II-ga część zawiera prace oryginalne lekarzy w Dziekance i innych. Część III-cia sprawozdania z posiedzeń lekarskich. Część IV-ta streszczenia i oceny prac autorów polskich i zagranicznych. Wreszcie część V-ta zawiera pozycję varia.

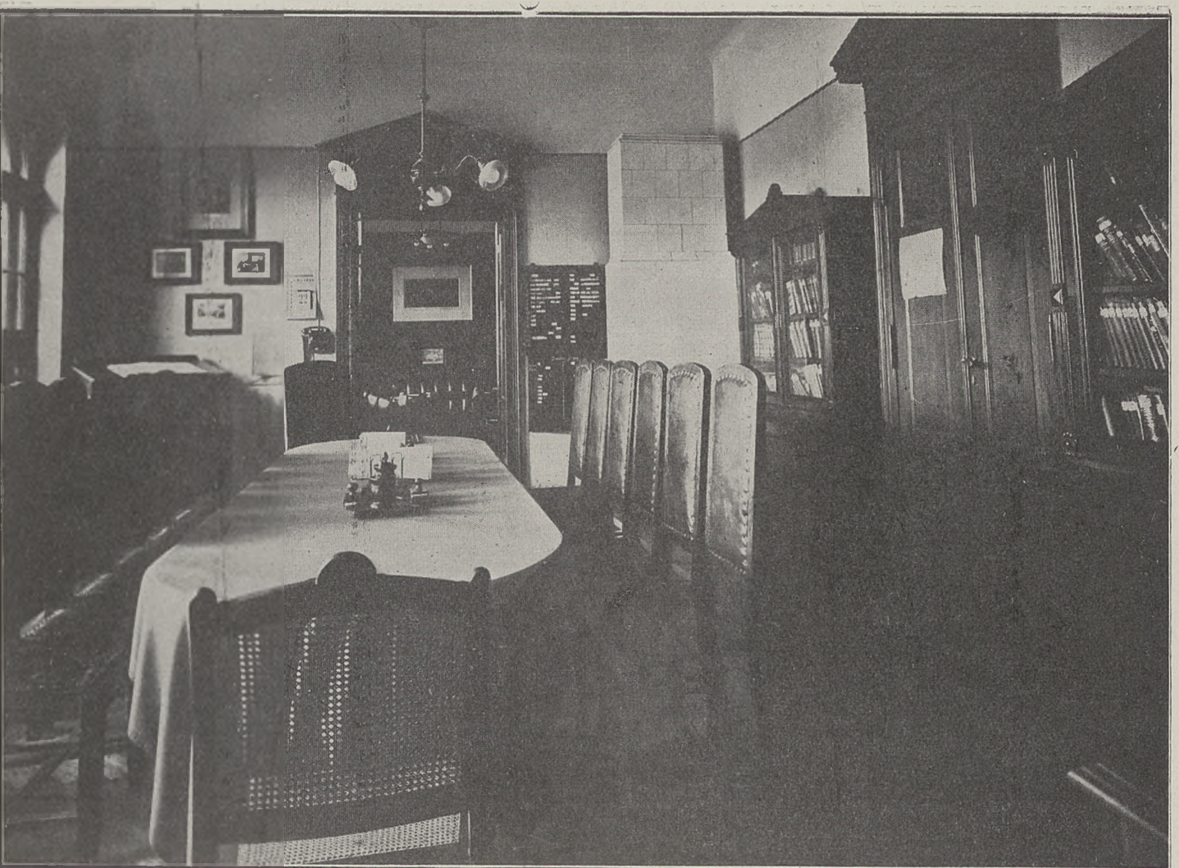
Początki Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance sięgają aż do r. 1889, kiedy Sejmik Krajowy w Poznaniu powziął postanowienie wybudowania w Dziekance zakładu psychjatrycznego. W rok później dnia 11. VI. 1890 ówczesny „Landeshauptmann" w Poznaniu nabył obszar wynoszący 111,731 ha., stanowiących wtedy majątek Dziekanka, pod Gnieznem z zabudowaniami folwarcznemi za 186.700 mk. na własność ówczesnej „Prowincji Poznańskiej", a w październiku 1891 rozpoczęła się budowa Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, która trwała do 1894 r. i kosztowała 3 miljony marek. Zakład Psychjatryczny w Dziekance położony nad szosą prowadzącą z Gniezna do Poznania, oddalony od Gniezna o 1 km. Do Zakładu należy obszar z folwarkiem ca. 600 mrg. mgd. graniczący na wschodzie z gruntami miasta Gniezna. Z terenu tego przypada ca. 100 mg. mgd. na dziedziniec, ogrody, parki, sady zakładowe. Reszta uprawnej roli z właściwemi zabudowaniami tworzy folwark, na którym pacjenci Zakładu



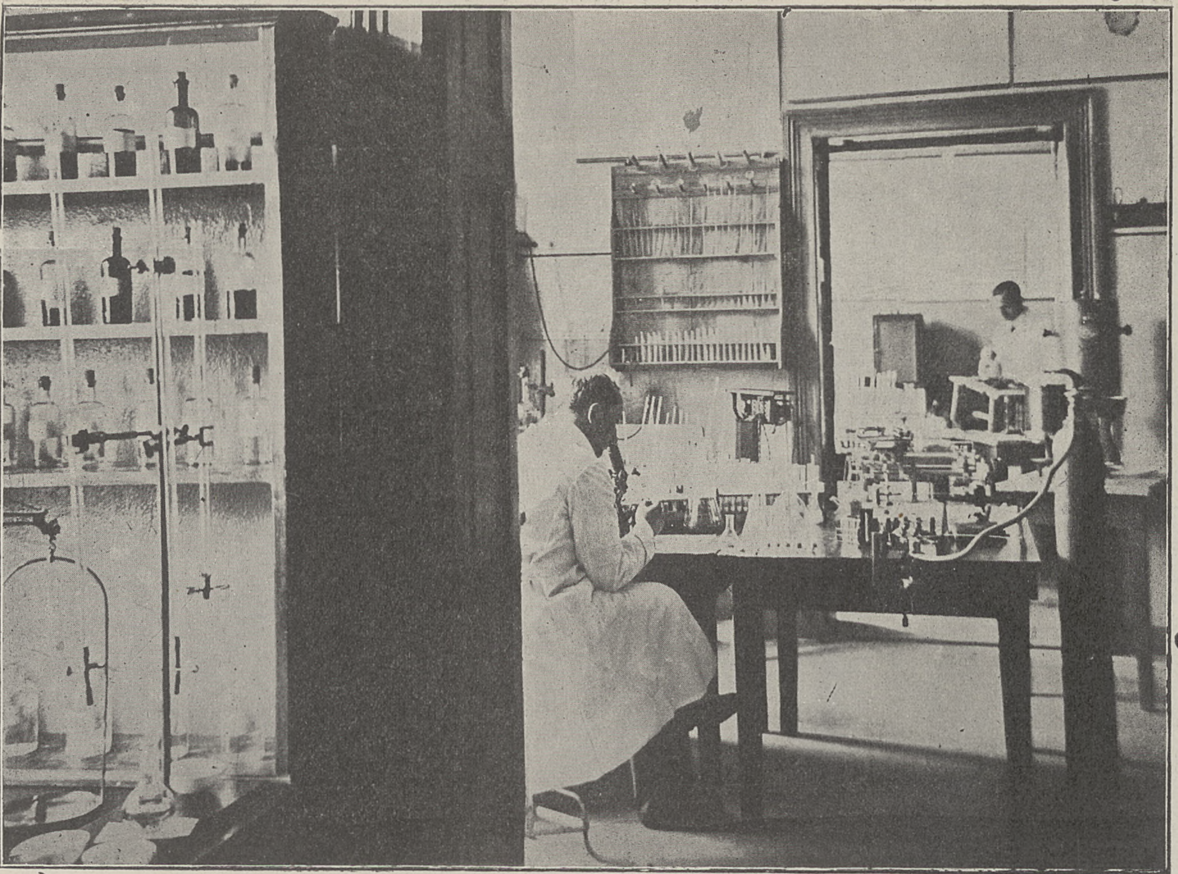
Gmach administracyjny.



Hal w gmachu administracyjnym.



Sala konferencyjna.



Laboratorjum serologiczne.

zdolni do pracy rolnej, znajdują odpowiednie zatrudnienie. Na obszarze Dziekanki wznosi się przeszło 50 budowli o różnem przeznaczeniu.

Do Zakładu wchodzi się od szosy przez główną bramę mija się domek odźwiernego po lewej stronie, kaplicę Zakładu, oraz wodotrysk zbudowany przez pacjenta Zakładu, po prawej stronie wejścia. Naprzeciwko wjazdu wznosi się imponujący dwupiętrowy główny gmach administracyjny. Po prawej stronie tego gmachu widzimy willę dyrektorską, po lewej stronie willę lekarzy prymarjuszy. Na drugim planie w pośrodku obszernego dziedzińca, wznoszą się budynki gospodarcze, po obu stronach dziedzińca ustawionych jest 6 domków, mieszczących studnie o zapędzie elektrycznym, rzeźnię i straż pożarną, kuźnię i wagę decymalną dla wozów ciężarowych, oraz garaże automobilowe. W południowej części obszaru zakładowego znajduje się prosektorjum. W zachodnim parku położone są pawilony szpitalne dla kobiet i plac tenisowy. Na wschodnim terenie pawilony dla mężczyzn, willa lekarzy ordynatorów, cieplarnia, dom dla I-go ogrodnika, dom dla 2-go odźwiernego, kręgielnia, plac footbalowy, lodownia na ca. 60 m³ lodu. Zakład posiada własną kanalizację, wodociągi, elektryczne światło i centralne ogrzewanie.

Dla celów szpitalnych służy 21 pawilonów, na 1.128 etat. miejs. mianowicie:

1) 2 pawilony dla pensjonarzy,
2) „ „ „ pacj. będących pod obserwacją,
3) „ „ „ „ spokojnych,
4) „ „ „ „ fizycznie chorych (lazaret),
5) „ „ „ „ pracujących,
6) „ „ „ „ niespokojnych,
7) „ „ „ „ zakaźnie chorych,
8) 6 „ otwartych,
9) 1 „ dla pacjentów pracujących na folwarku.

Dla celów administracyjnych i ogólnych służą:

1) główny gmach administracyjny,
2) budynek gospodarczy,
3) kościół,
4) willa dyrektora,
5) willa lekarzy-prymarjuszy,
6) willa lekarzy-ordynatorów,
7) domy dla dwóch odźwiernych,
8) dom dla ogrodnika,

9) prosektorjum z kaplicą pogrzebową,
10) lodownia,
11) kręgielnia,
12) kuźnia i waga,
13) straż pożarna i rzeźnia,
14) garaże automobilowe,
15) 4 studnie elektryczne (pozatem 1 studnia znajduje się w budynku gospodarczym),
16) po drugiej stronie szosy domy mieszkalne dla pielęgniarzy 2-6 mieszkaniowe.

Oś podłużna Zakładu biegnie z północy na południe. Pawilony znajdują się w ogródkach, otoczonych żelaznemi sztachetami, pawilon V żeński i pawilony „otwarte“ nie mają ogrodzenia, położone są bezpośrednio w parku. Pawilon VI dla niespokojnych kobiet leży w ogrodzie, okolonym sztachetami. Żelazne sztachety (częściowo żywopłot) otaczają cały Zakład. Muru przy pawilonach dla niespokojnych mężczyzn nie usunięto. Stanowi bowiem osłonę dla sąsiadującej cieplarni przed chłodnemi, wilgotnemi, zachodniemi wiatrami wiosennemi oraz odgradza pawilon dla niespokojnych od drogi publicznej obok biegnącej i chroniącą chorych przed ciekawością przechodniów. Pawilony mają piwnice i są zbudowane z surowej cegły.

Sale dzienne znajdują się przeważnie na parterze. Sypialnie natomiast przeważnie na I-szem piętrze. Tylko w pawilonach dla pensjonarzy, oraz w pawilonach dla pacjentów nowoprzyjętych i słabowitych, znajdują się sale dzienne i sypialnie na parterze. Pawilony dla nowoprzyjętych i dla cieleśnie chorych są parterowe, aby chorym oszczędzić trudu chodzenia po schodach. Dachy są wykonane z cementu drzewnego, tylko kościół jest pokryty dachówką. Podłoga wszędzie wyłożona jest parkietem dębowym, spoczywającym miejscami w asfalcie. Parkiet dębowy okazał się praktyczny; po 40-tu latach niema prawie znaku zużycia. Sciany na oddziałach chorych III kl. są zaopatrzone do wysokości 2-ch mtr. we warstwę cementową i pomalowane olejną farbą. Schody założono tak, ażeby nie mogły ulec spaleniu. Okna są przeważnie podwójne. Komory i szatnie znajdują się częściowo na strychu. Wszystkie pawilony mają urządzenia kąpielowe i centralne ogrzewanie. Piece pomocnicze znajdują się tylko w pawilonach dla zakaźnie chorych, w gmachu administracyjnym i mieszkaniach urzędniczych. Domy mieszkalne lekarzy i personelu pielęgniarskiego są



Kasyno lekarskie.



Kasyno lekarskie.



Lekarze Zakładu Dziękanka.



Dyrektor i personel administracyjny Zakładu



Inspektorat i sekretarjat

ogrzewane przy pomocy kaflowych pieców, willa dyrektora posiada ogrzewanie centralne. W szczegółach pawilony nie różnią się prawie między sobą. Różnice są niewielkie i uwarunkowane przeznaczeniem pawilonu.

I. Pawilony pensionarskie są przeznaczone dla spokojnych, socjalnych pacjentów I i II klasy.

Pensjonarze I kl. mogą otrzymać dla siebie osobny pokój tylko wtedy, gdy stan ich psychiczny pozwala na samotność, albo gdy mają osobnego pielęgniarza, jednego dziennego i jednego nocnego za osobną opłatą. Pacjenci II kl. mieszkają wspólnie w jednym pokoju. Na każdem piętrze znajduje się duży salon i jadalnia. Każde piętro ma werandę otwartą, lub zamkniętą, która może być ogrzewana, oprócz tego szereg ubikacyj bocznych jak łazienki, szatnie, ustępy, komórki do przechowywania sprzętów i t. p. Izolatki są zniesione. W pawilonach tych znajdują się urządzenia rozrywkowe, jak bilardy, stoły do gier towarzyskich, fortepiany, harmonje.

II. Oddziały obserwacyjne. Dwa pawilony parterowe zawierają po 2 duże sypialnie, zajmujące długość całego budynku i połączone jedna z drugą drzwiami. Na osobę przypada 35 m^3 powietrza. Każda sypialnia ma połączenie z salą dzienną, skąd wychodzi się na werandę i do ogrodu.

Pokoje mniejsze (1-2) przeznaczone są dla pacjentów klasowych, albo dla młodszego personelu pielęgniarskiego. Gabinet lekarski, ubikacje boczne, jak łazienki, kuchenki, ustępy i komory, uzupełniają rozmieszczenie wewnętrzne domu. Na tych oddziałach przebywają chorzy znajdujący się pod ścisłą obserwacją psychjatryczną, w pierwszym rzędzie pacjenci nowoprzyjęci. Stąd dopiero rozmieszcza się chorych na inne oddziały.

III. Pawilony dla spokojnych. Dwa budynki 2-piętrowe z 2-ma oddziałami; do każdego oddziału prowadzi osobne wejście i osobna klatka schodowa. Oprócz sal dziennych i sypialnych pawilony posiadają mieszkania dla młodszego personelu, pozatem ubikacje do mycia, łazienki, ustępy, szatnie i komórki do przechowywania sprzętu. W sypialniach przypada na osobę po 20 cbm. w salach dziennych po 15 cbm.

IV. Dwa budynki 1-piętrowe, przeznaczone dla pacjentów cierpiących na niedomagania cielesne, zawierają po 6 dużych sal, gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personelu, ubikacje uboczne jak wspólne umywalnie, łazienki, ustępy szatnie, komórki

do przechowywania sprzętu, kuchenki, w piwnicy wanny cementowe do płókania bielizny zanieczyszczonej i warsztaty. Sypialnie zawierają po 20 cbm., a sala dzienna po 15 cbm., powietrza na osobę.

V. Oddział dla pracujących. Dwa pawilony tak samo urządzone jak oddziały pod III.

VI. Oddziały dla niespokojnych. Dwa budynki piętrowe. Parter zawiera 3 sale sypialne, salę kąpielową (6 wanien szamotowych), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personelu, pokoje dla pacjentów klasowych, komory, kuchenkę, wspólne umywalnie, ustępy. Ze środkowej sali prowadzi wyjście na werandę i do ogrodu. Piętro zawiera 2 sale dzienne, pojedyńcze pokoje, mieszkania dla młodszego personelu, wspólne umywalnie i ustępy.

VII. Dwa pawilony dla chorych zakaźnych. Każdy pawilon zawiera 17 łóżek, 2 osobne pokoje (po 3 łóżka), umywalnię, kuchenkę i łazienkę, ustęp i komórkę do chowania sprzętów, ogrzewanie podłogi (posadzka z gipsu, pokryta linoleum), po stronie południowej otwartą werandę z wyjściem do sadu, na szczycie dachu urządzenie do wentylacji.

VIII, IX i X m. i ż. pawilony otwarte. Sześć jednopiętrowych pawilonów dla pacjentów niepotrzebujących dozoru. Sypialnie zawierają po 20, sale dzienne po 15 cbm. powietrza na osobę. Na parterze znajdują się pokoje mieszkalne, a na I-em piętrze sypialne. Pozatem każdy pawilon posiada kuchenkę, wspólną umywalnię, szatnię, ustępy i komory. Każdy budynek ma osobne ogrzewanie centralne ciepłą wodą. Podłogi są wyłożone deskami sosnowemi. Przed każdym domem znajduje się długa, kryta weranda. Drzwi zamyka się tylko na noc. Kąpiele (wanny i natryski) dla pacjentów z oddziałów otwartych, mieszczą się w budynku gospodarczym.

XI. Pawilon dla pracowników folwarcznych. Po lewej stronie drogi z zakładu na folwark wznosi się parterowy budynek, zawierający sypialnię na 16 łóżek, salę dzienną i ubikacje uboczne, jak pokój mieszkalny dla pielęgniarza, kuchenkę, komórkę do sprzętów. Pawilon XI przeznaczony jest dla mężczyzn rekonwalescentów, wzgl. chroników zajętych robotami na folwarku. Ogrzewanie jest piecowe.

Na południowym końcu osi głównej zakładowej znajduje się prosektorjum, zawierające pokój sekcyjny, pracownię w muzeum anatomo-patologicznem i kaplicę pogrzebową.

Budynki do potrzeb administracyjnych ogólnych:



Kasa i registratura.



Wodotrysk wykonany przez pacjenta.



Kaplica zakładowa.



Chór i orkiestra zakładowa.

I. Główny gmach administracyjny. Na parterze mieszczą się biura zarządu, kancelarja, rejestratura, intendentura, kasa, poczekalnia, gabinety służbowe dyrektora i lekarzy, inspektora, pokój gościnny dla rewidenta, apteka, laboratorjum, sala konferencyjna, kasyno lekarskie, na I-em i II piętrze sala teatralna, sala wykładowa, mieszkania lekarzy asystentów i urzędników administracyjnych. Ogrzewanie jest piecowe.

II. Budynki gospodarcze. W budynkach gospodarczych mieszczą się: biuro gospodarcze, kuchnia z ubikacjami pobocznemi, śpiżarnia, pralnia, elektryczna suszarnia, składnica bielizny z szwalnią, komory, kotłarnia, elektrownia, ślusarnia, warsztaty: stolarski, szewski, krawiecki i siodlarski, oraz mieszkania dla personelu gospodarczego i bibljoteka. W hali maszyn czynne są na zmianę 2 maszyny parowe o sile 130 HP i 45 HP. Kotlarnia zawiera 4 duże kotły, każdy 360 ctr. wagi, o powierzchni 88, m^2. Nad halą maszyn wznosi się 40 m. wysoka wieża wodna z dwoma rezerwoarami, po 75 m^3 pojemności.

Wszystkie budynki i ubikacje służbowe mają połączenie telefoniczne między sobą za pomocą centrali umieszczonej w pokoju służbowym odźwiernego, gdzie się także znajduje elektryczna stacja kontrolna służby nocnej.

III. Kościół. W północnej części terenu zakładowego wznosi się kościół o 2-ch ołtarzach, jednym dla katolików, drugim dla protestantów.

Przyjęcie chorego do Zakładu uzależnione jest od wypełnienia następujących warunków: przywożący chorego musi przedłożyć:

1) świadectwo lekarskie, stwierdzające zachorzenie psychiczne i potrzebę umieszczenia chorego w zakładzie psychjatrycznym;

2) zobowiązanie rodziny do ponoszenia kosztów utrzymania chorego w Zakładzie, w razie ubóstwa zobowiązanie właściwej gminy lub instytucji społecznej zobowiązanej do świadczeń, w razie choroby jej członka;

3) wywiad urzędowy;

4) zezwolenie Starostwa Krajowego w Poznaniu na umieszczenie chorego w Zakładzie;

5) opłatę za utrzymanie miesięczne z góry.

W przypadku nagłym odpadają warunki pod 2-5. natomiast nieodzownem jest wykonanie warunku ad 1.

Koszty utrzymania wynoszą obecnie:

a) dla pacjentów z Województwa Poznańskiego:
w kl. I-ej 10 zł., w kl. II-ej 7 zł., w kl. III-ej 3,50 zł., dla ubogich 1,65 zł.

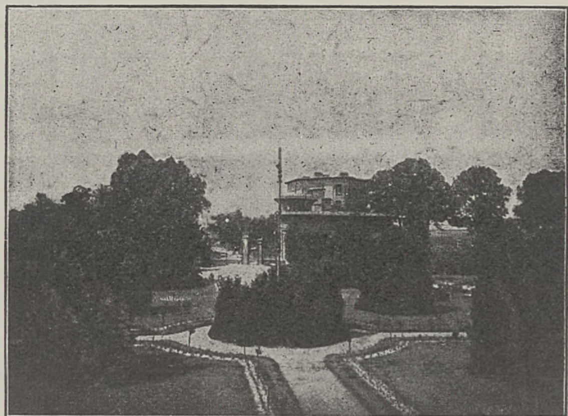
b) dla pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
w kl. I-ej 11,50 zł., w kl. II-ej 8 zł., w kl. III-ej 4 zł., dla ubogich 3,50 zł.

Pożywienie podane 5 razy dziennie jest obfite i zdrowe. Pacjenci I-ej klasy otrzymują codziennie mięso z wyjątkiem dni postnych i ciepłą kolację. W kl. II podaje się obiad bez leguminy i codziennie ciepłą kolację. Chorzy III kl. otrzymują pożywienie 3 razy dziennie, rano ½ ltr. kawy z mlekiem i 250 gr. chleba, na obiad mięso (3 razy tygodniowo), w dni bezmięsne okrasę, w piątek potrawę postną, na kolację zupę i chleb. Pożywienie pacjentów pracujących składa się z 5 porcji dziennie. Djeta, oraz dodatki zapisane przez lekarza są bezpłatne.

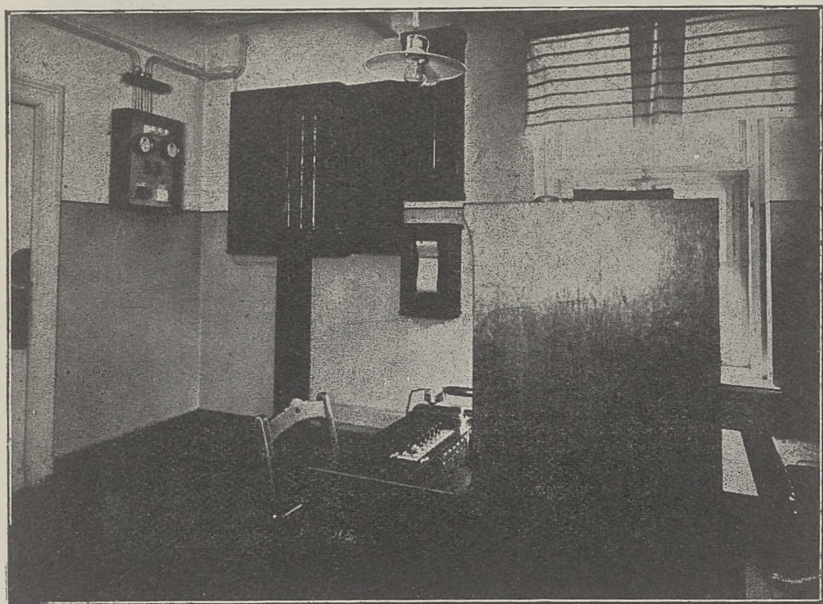
Służba w zakładzie jest uregulowana na zasadach statutu organicznego, oraz regulaminu i przepisów służbowych podanych w szczegółach w zeszycie jubileuszowym z r. 1929.

Z dniem 31. marca 1919 r. niemiecki dyrektor Geheimrat Dr. med. Kaiser pszeszedł w stan spoczynku. Zastępstwo dyr. objął prymarjusz Dr. O. von Domarus. W dniu 1. lipca 1919 został powołany na dyr. i naczelnego lekarza w Dziekance Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski z Berlina. Na początku administracji polskiej stosunki były opłakane, bo nie było ani lekarzy doświadczonych, ani doświadczonego personelu pielęgniarskiego; liczba lekarzy była bardzo szczupła, w najkorzystniejszych warunkach było tylko 2-ch niewykwalifikowanych asystentów. Ale były też okresy, gdzie dyrektor sam był administratorem, organizatorem i lekarzem, mającym oprócz Dziekanki pod swoim nadzorem jeszcze dwa inne duże zakłady psychjatryczne, gdzie stosunki nie były korzystniejsze.

Liczny doświadczony personel pielęgniarski niemiecki odszedł do Niemiec, a miejsca wolne obsadzone zostały w dużej części surowym, niewykwalifikowanym personelem polskim, który trzeba było ab ovo zapoznać z kryterjami pielęgniarstwa. Było to bardzo trudne zadanie, albowiem personel był mało inteligentny, nie miał pojęcia o obowiązkach służbowych, przytem był hardy, krnąbrny, nieposłuszny, rozagitowany, ulegający silnemu naporowi zewnętrznemu czynników destruktywnych, propagujących tendencje rewolucyjne. Zdarzały się przypadki jaskrawej niesubordynacji, oporu,



Widok na główną bramę.



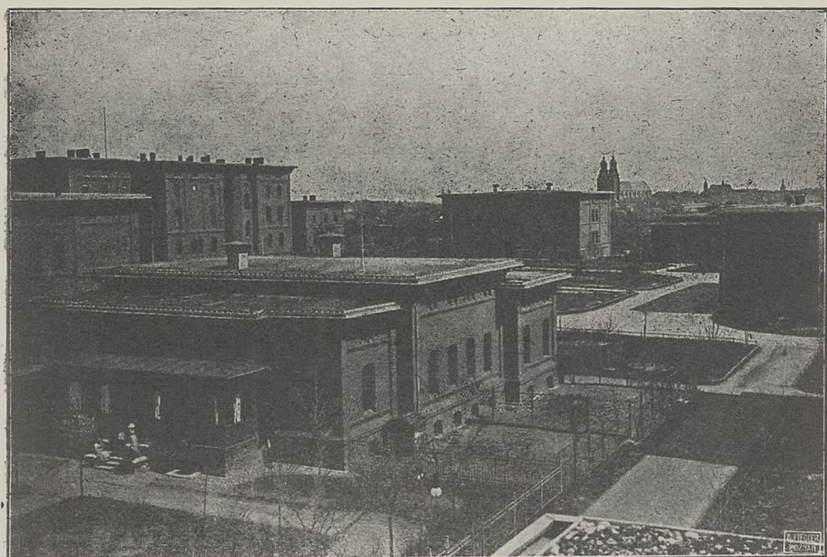
Kontrola elektryczna służby nocnej i centrala telef.



Wila lekarska (front).



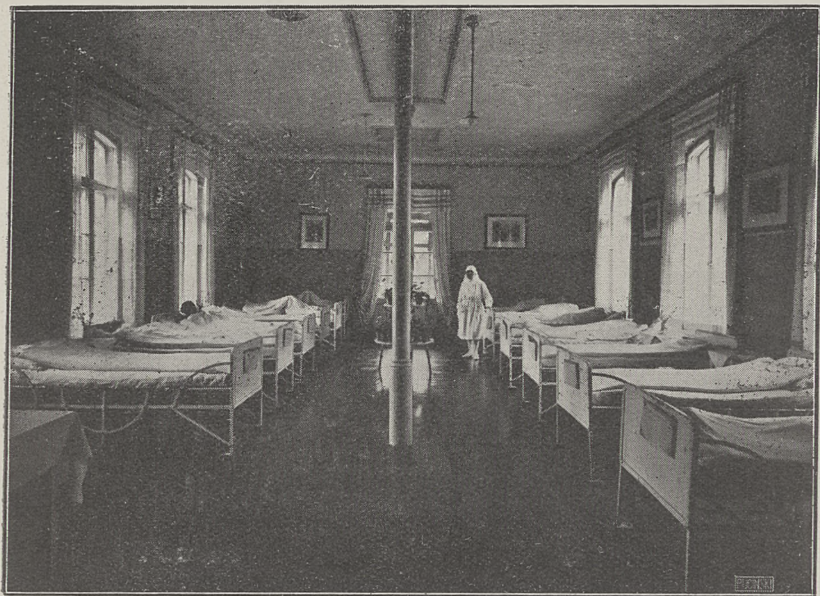
Wila lekarska (widok z ogrodu).



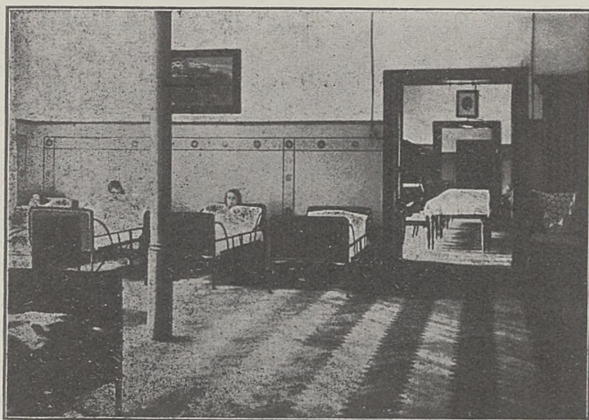
Pawilon dla kobiet będących pod obserwacją.



Ogród pawilonu dla kobiet będących pod obserwacją.



Pawilon dla kobiet gruźliczych.



Infirmerja.

niewykonywania zleceń przełożonych, a powoływania się na czynniki zewnętrzne, np. związek zawodowy robotników, od których personel chciał przyjmować zlecenia, nie uznając kompetencji dyrekcji, ani innych przełożonych; działo się to w okresie, gdy bolszewicy nacierali na Warszawę.

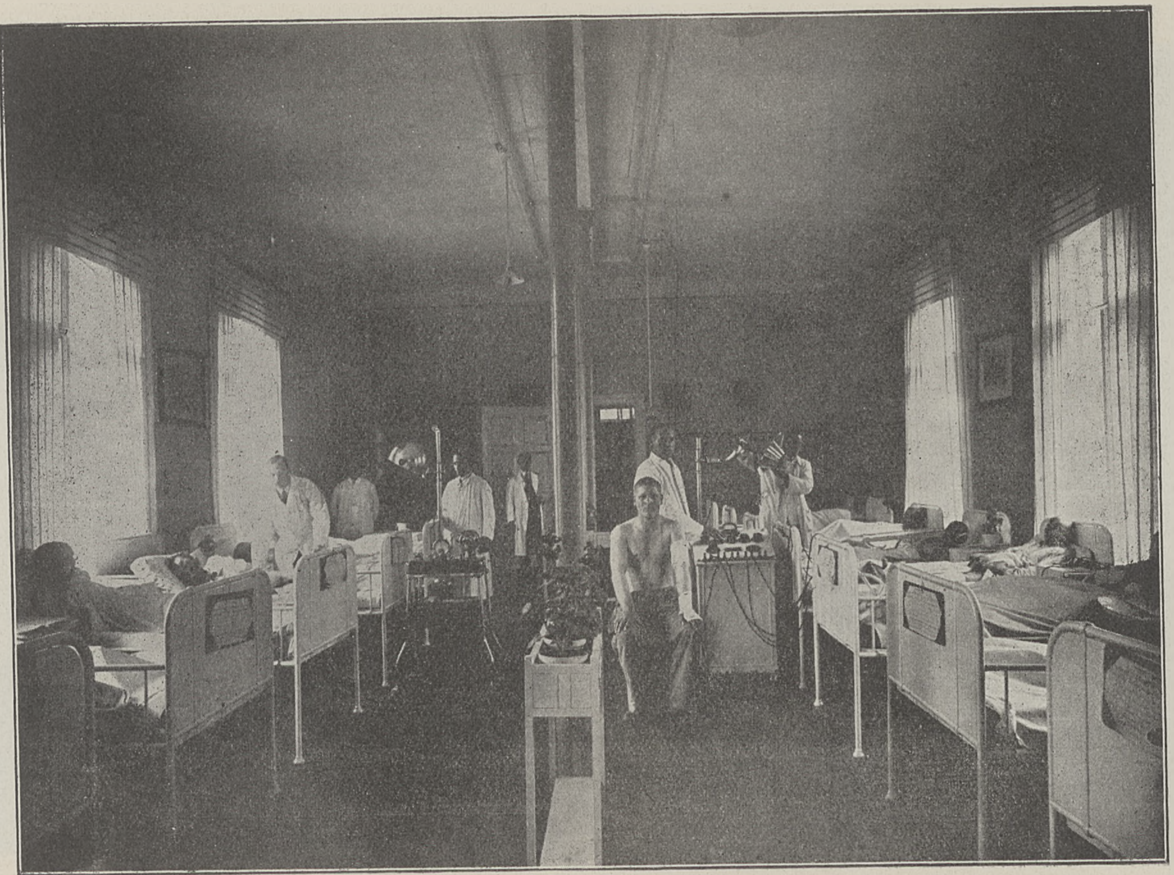
Częste wizyty różnych niepowołanych obcych delegatów, którzy przychodzili, ażeby interpelować dyrekcję za rzekome krzywdy, wyrządzane personelowi, nawet osobiste interwencje posłów (cfr. agitacyjne i podburzające przemówienia do personelu posła N), zaogniły stosunek personelu do władzy znacznie. Gdy się okazało, że pertraktacje i życzliwe perswazje do pokojowego załatwienia sprawy nie odniosły skutku, dyrekcja z całą bezwzględnością zabrała się do uzdrowienia stosunków i wydaliła kilku prowodyrów, a wobec reszty personelu zaprowadziła ostry rygor, zrywając osobisty i bezpośredni kontakt z personelem. Dzięki poparciu władzy przełożonej, porządek został szybko zaprowadzony. Od tej chwili zapanowała zasada, obowiązująca personel do bezwzględnego rygoru, posłuszeństwa i obowiązku. Zaprowadzono kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego i wybierano ze zgłaszających się kandydatów tylko takie osoby, które gwarantowały pochodzeniem, wykształceniem i dotychczasowem nienagannem życiem, że będą postępować w myśl postulatów służby szpitalnej. W następnych 2-3 latach zdarzyły się jeszcze sporadyczne przypadki niesubordynacji, powodowanej agitacją i intrygami, ale po ukaraniu i wydaleniu winnych nastąpił spokój i stosunki z personelem ułożyły się poprawnie. Od 10 lat nie zachodziła potrzeba karania personelu za niesubordynację. Personel naogół jest spokojny, lojalny, sumienny, obowiązkowy, pracowity i nie daje powodu do niezadowolenia. Stosunek do przełożonych jest wzorowy, albowiem tak pielęgniarze, jak i pielęgniarki okazują przełożonym szacunek i zaufanie i są posłuszni. Dowodem tego jest choćby ta okoliczność, że zmiana personelu stała się rzadką, mężczyzni odchodzą przez śmierć, niewiasty zaś przechodzą do stanu małżeńskiego. Na początku organizacji pielęgniarstwa zmiana personelu młodszego dochodziła do 88%, obecnie zaś wynosi 15.6%.

Jedną z pierwszych zmian, jakie w Dziekance nastąpiły, było usunięcie, wzgl. znaczne zredukowanie środków przymusowych, zdjęcie ze szpitala charakteru detencji, wzgl. więzienia. Mury w znacznej części zniesiono, bo są niepotrzebne. One właśnie wywołują wrażenie detencji i więzienia, a zadania swego niespełniają,

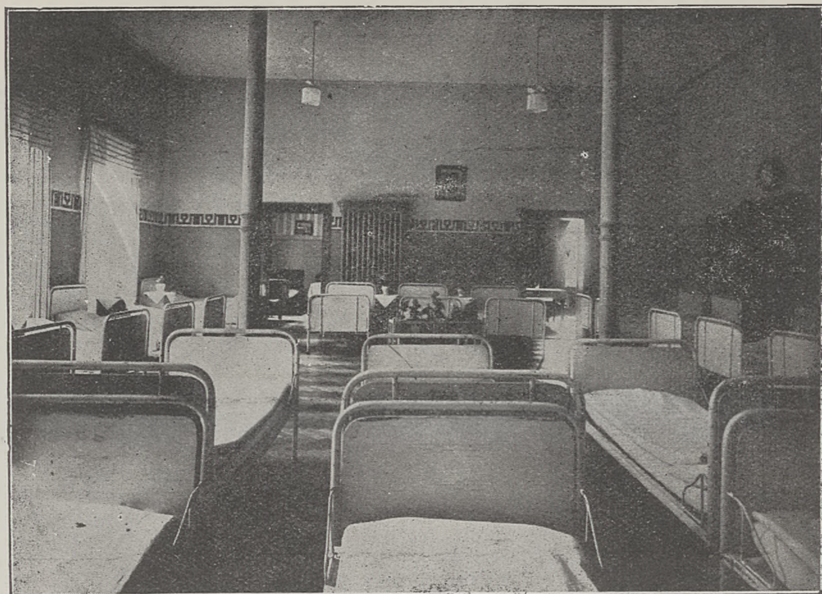
albowiem niedołężny pacjent nie przejdzie nawet przez niski żywopłot, a większość chorych to przecież same niedołęgi pod względem psychicznym i somatycznym, to też dla tego rodzaju pacjentów mury są zbyteczne. Natomiast dla młodego wygimnastykowanego psychopaty, siłacza, ze skłonnościami antysocjalnemi, który potrzebuje obostrzonego dozoru, mury nie stanowią przeszkody, jeżeli ma zamiar samowolnie oddalić się z Zakładu, bo z łatwością przeskoczy każdą przeszkodę jak doświadczenia zebrane w licznych przypadkach wykazały. Dle chorego tego typu nie są potrzebne mury, lecz jest potrzebny wykwalifikowany doświadczony pielęgniarz orjentujący się szybko i dający sobie radę w każdej sytuacji.

Kraty w oknach, okratowane grube szyby, tamujące dopływ światła, zostały usunięte. Małe okienka zakratowane znajdujące się w dawniejszych izolatkach, przeniesiono na duże okna i wprawiono zwykłe szyby, jakie się znajdują w domach prywatnych. Tem samem zniknęły cechy, które nadawały pawilonowi ponury wygląd, a szpitalowi charakter więzienia. Przez duże okna i duże zwykłe szyby wpada tyle dziennego światła, że ubikacje są dobrze oświetlone. Od wewnątrz firanki z jasnego materjału nadają ubikacjom przytulny wygląd. Chodniki i dywaniki przed łóżkami, obrazy na ścianach, pięknie, w skromne, proste, niezbyt barwne, mało jaskrawe desenie pomalowane ściany wywołują przyjemne wrażenie. Kwiaty w zielonych doniczkach stoją latem i zimą na stołach, stolikach, lub na konsolach przymocowanych do ściany. Nic nie pozostało z tego, co dawniej stanowiło niezatarte znamię zakładu detencyjnego, jak kraty, gołe ściany, brudne podłogi, puste okna bez firanek. Niektóre okna od strony południowej są zaopatrzone w rolosy. Izolatki są zniesione i zamienione w pokoje mieszkalne bądź to dla personelu, bądź dla tych chorych, którzy życzą mieć własny pokój i którzy się nadawają do przebywania w samotności. Większe izolatki przemieniono na sypialki o 2-3 miejscach.

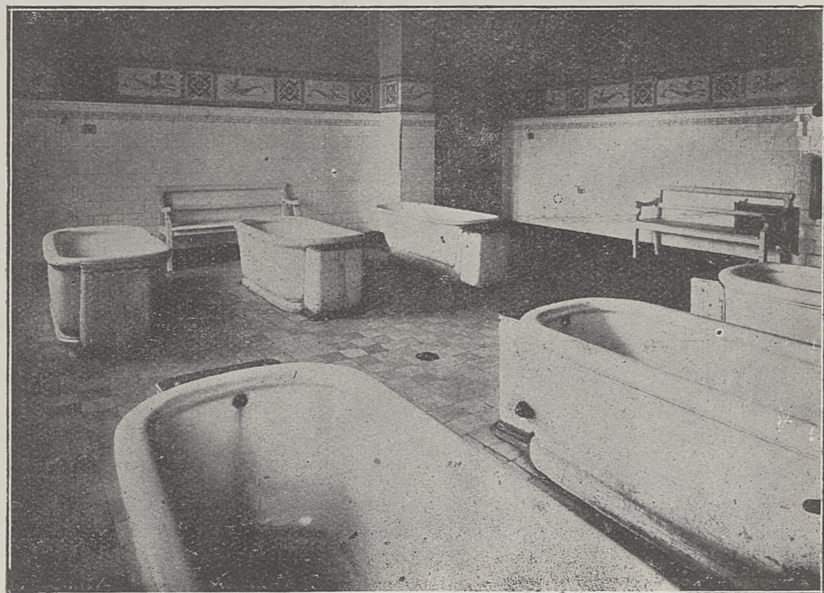
Personel z początku nie mógł pojąć, że niespokojny chory nie musi być izolowany, a może pozostać na wolnej stopie razem z chorymi spokojnymi, nie wyrządzając krzywdy ani sobie, ani otoczeniu, o ile pielęgniarz troskliwie nad nim czuwa. Było to dla personelu narazie trudnem zadaniem; służba była dawniej wygodniejsza, trwała wprawdzie dłużej, ale była mniej uciążliwa, bo z niespokojnym, gwałtownym chorym załatwiano się w ten sposób, że zamknięto go do izolatki, nie troszcząc się więcej o niego, nie



Elektro-terapja



Sypialnia dla chorych pod obserwacją



Balneologja



Balkon w pensjonacie



Weranda w pensjonacie.

dbając o to, co robi i jak mu się powodzi. Personel grał w karty, rozmawiał, albo zatrudniał się innemi sprawami i zabijał drogocenny czas, jak mu było wygodnie, podczas gdy chory zamknięty składał kał na podłogę, smarował ściany, darł ubrania i bieliznę, rozbierał się do naga, w końcu zaziębił się, dostał zapalenia płuc, obrzęku płuc, osłabienia serca z powodu nieustannej ruchliwości i krzyku, wreszcie uległ paraliżowi serca z powodu nadmiernej ilości narkotyków, zwłaszcza skopolaminy. Opierającego i broniącego się pacjenta, krzyczącego, bijącego, kopiącego, tarzającego się na podłodze, wymyślającego, musiało kilku pielęgniarzy przemocą poskramniać, albo izolować; nie obyło się przytem bez brutalności i obrażeń z jednej i z drugiej strony, co wywoływało nienawiść i przejawy zemsty. Okres izolatek i gwałtów z konieczności stosowanych przy przeprowadzeniu podrażnionego chorego do izolatki, minął. Takie zjawiska od chwili zniesienia izolatek już się nie powtarzały. Personel poznał błogosławieństwo stanu bezizolatkowego i dzisiaj nikt nie myśli o izolowaniu chorego, z powodu przykrych przejawów jego psychozy. Interwencja pielęgniarza obecnie oparta jest na łagodnej, przyjaznej metodzie. Izoluje się tylko ze względów cielesnych, tj. w razie choroby zakaźnej, tak jak to się dzieje w szpitalu powszechnym. Ten sposób praktyki szpitalnej wymaga natężonej uwagi, dużo cierpliwości, roztropności dobrej orjentacji w chwilowem położeniu. Personel musi być wykwalifikowany. Potrzebnej kwalifikacji pielęgniarz nabywa przez trzyletnie praktyczne wyszkolenie i przez półroczny kurs teoretyczny, przygotowujący do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa psychjatrycznego. Trudniejszą służbę łagodzi mniejsza ilość godzin służbowych i większa ilość urlopów.

Przez skasowanie izolatek wyeliminowano niepożądane i przykre zjawiska, zdziczenie i otępienie pacjentów wskutek izolowania i nieracjonalnego traktowania ich. Wypleniono niechlujstwo, smarowanie kałem ścian i własnego ciała, albo składanie ekskrementów na podłogę, zdzieranie ubrania i bielizny. Wszystkie te zjawiska były na porządku dziennym przed 13 laty w Dziekance, jak i w innych zakładach psychjatrycznych. Z chwilą skasowania izolatek zniknęły z porządku dziennego. Ton ogólny złagodniał stosunek pielęgniarzy do chorych i odwrotnie naogół polepszył się. Niema w Dziekance skórzannych krępujących rękawic, zamykanych na klucz masek na głowę, drucianych i gipsowych, kaftanów bezpieczeństwa, łóżek siatkowych, koców do zawijania krępującego,

krzeseł do unieruchomiania pacjentów, kąpieli nakrytych. Środki te są niepotrzebne, szkodliwe, barbarzyńskie i wykazują niedołęstwo personelu i lekarzy tam, gdzie się takie metody jeszcze stosuje. Kąpiele prolongowane z psychjatrycznych przesłanek zarządza się wyjątkowo; jeżeli się to czyni, to tylko na próbę wtedy, gdy inne środki uspokajające nie skutkują. Ilość kąpieli prolongowanych zaordynowanych z przesłanek psychjatrycznych tak znacznie zmalała, że w roku 1933 korzystało z nich tylko 5 chorych niespokojnych. Doświadczenie wykazało że przejawy niepokoju ruchowego nie ustępowały, chorzy wylewali wodę, wychodzili z wanny, opryskiwali otoczenie, szamotali się z pielęgniarzami, którzy chorych usiłowali utrzymać w kąpieli. Natomiast chorzy, którzy się we wodzie uspokoili, byliby to uczynili także poza kąpielą. Uspokajająco działa na podnieconego chorego z ruchowym niepokojem przechadzka w polu; chory pobiega sobie, pohasa, poskacze, wykrzyczy się i wróci głodny i zmęczony do Zakładu; a po obfitem smacznem pożywieniu ułoży sie zadowolony do snu. Zaleca się tylko czuwać bacznie na serce, ażeby z powodu wycieńczenia nie uległo zapadowi. Nie można tej metody stosować w mieście, ale zaleca się użyć jej tam, gdzie jest dużo przestrzeni i niema ograniczeń, jak np. w Dziekance. Chorego wyprowadza się bez względu na pogodę latem i zimą.

Rozumie się, że chorego nie powierza się młodemu, niedoświadczonemu, niecierpliwemu nowicjuszowi, lecz wybiera się do tej służby pielęgniarza starszego rozważnego i zrównoważonego, który potrafi zorjentować się i da sobie radę w każdej sytuacji. Kąpiele w rozmaitej formie zastosowuje się w Dziekance w przypadkach zachorzeń cielesnych, zewnętrznych i wewnętrznych.

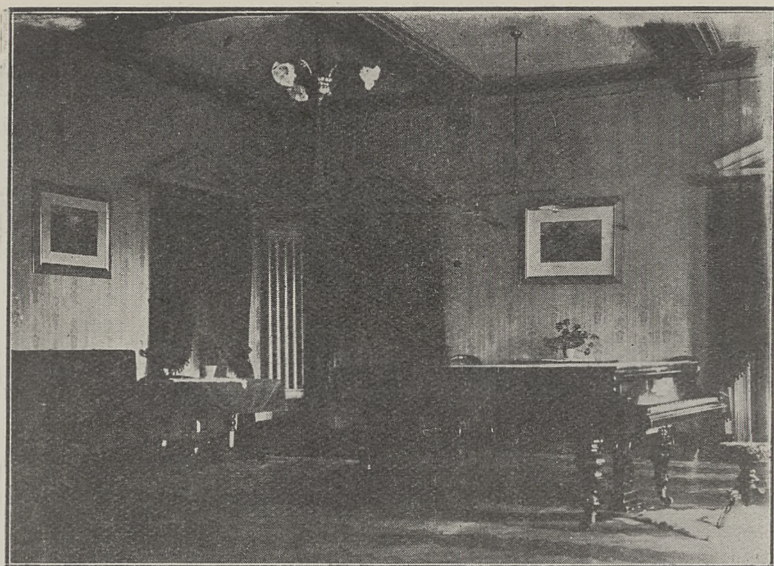
Zarzucona została także metoda pościelowa. Dawniej prawie połowa wszystkich pacjentów pozostawała w łóżku; zanieczyszczali oni salę, powietrze, mężczyźni smarowali kałem i moczem, kobiety do tego krwią menstruacyjną, jedzeniem, bieliznę, poduszki i pierzyny; przytem hałasowali, przeskakiwali z łóżka do łóżka, krzyczeli, śpiewali i tańczyli nago po sali, wszczynali bójki między sobą i z pielęgniarzami, doprowadzając tychże nieraz do gwałtownych i brutalnych reakcyj, niezawsze w samoobronie. Z psychjatrycznych przesłanek żaden chory nie leży w łóżku; następuje to wtedy, jeżeli chory oprócz swojej psychozy wykazuje niedomagania cielesne, albo jest wycieńczony. Wyjątko kładziemy pacjenta z cięż-



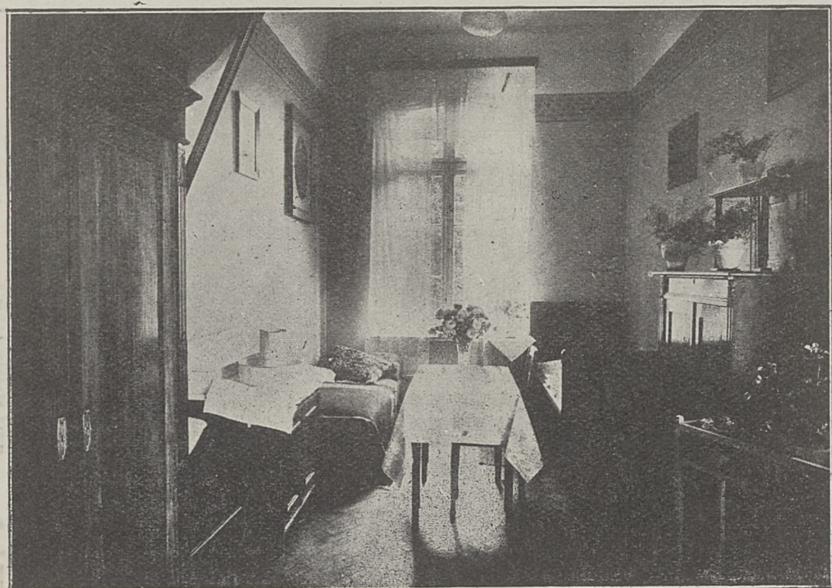
Jadalnia w pensjonacie męskim



Weranda w pensjonacie kob.



Salon w pensjonacie żeńskim



Pokoik jednoosobowy



Sala muzyczna w pensjonacie żeńskim

ką melancholją albo manją, któremu nic nie przynosi ulgi, do łóżka, przerywając tę terapję, jeżeli się okaże nieskutkującą. To też przeciętnie liczba obłożnie chorych w Dziekance waha się między 20 a 30 chorymi, na dzienną obsadę wynoszącą przeszło 1000 chorych. Obłożnie chorzy znajdują się tylko w pawilonach dla chorób zakaźnych i dla niedołężnych; wszystkie inne pawilony są wolne od obłożnych, ładnie uprzątnięte, pozostają stale w stanie czystym. Bielizna jest biała, niezabrudzona, nie podarta, prezentuje się porządnie. Zmiana odbywa się według potrzeby, tj. że skoro łóżko ma choć trochę zabrudzoną bieliznę, natychmiast następuje zmiana, choćby to miało się powtórzyć częściej na dobę, zato bielizna czysta może pozostać na miejscu do czterech tygodni. Częste kąpiele chorych, pilne śledzenie za robactwem, pozwala oddziały utrzymać w stanie czystości. Zabrudzeń pochodzących ze zanieczyszczeń przez chorych prawie że niema. Gdy w roku 1919 było 2389, w r. 1920 — 2320, w r. 1921 — 846, to od r. 1922 liczba zanieczyszczeń stale się zmniejszała, tak, że w r. 1923 wynosiła tylko na cały okres roczny 8 zanieczyszczeń. Usunięcie przyczyn tych zanieczyszczeń odbiło się dodatnio na wyglądzie zewnętrznym oddziału i personelu. Eksperimenti causa wprowadzono z powrotem na oddziałach dla niespokojnych kobiet na próbę metodę pościelową. Po dwóch tygodniach, gdy się dostatecznie wykazała jej nieużyteczność, personel dopraszał się o zaniechanie tej metody, ponieważ stosunki na oddziałach znacznie się pogorszyły, hałas wzmagał się, pacjentki były głośniejsze, ruchliwsze, złośliwsze, agresywniejsze, zaczęły pojawiać się zabrudzenia. Żadnemu choremu ubranemu, znajdującemu się na wolnem powietrzu, albo zatrudnionemu jakiemkolwiek zajęciem, nie przyśni się zabrudzić się kałem; nawet katatonicy nie zabrudzają się, bo personel, doświadczony dawniejszemi nieznośnemi stosunkami, dba, ażeby chorego wyprowadzać często na ustęp, choćby co pół godziny. Pielęgniarz wie dobrze, że lepiej jest takiego chorego wyprowadzać co chwilę na ustęp, albo uważać, ażeby nie zabrudził siebie i otoczenia, niż oczyścić zabrudzonego chorego, drażliwego i opornego, albo prać bieliznę jego, wąchać smród i narazić się na zasłużoną naganę przełożonych. U pacjentów nowoprzyjętych, nieznanych pielęgniarzom, oraz u cieleśnie zupełnie zniedołężniałych i niezdających sobie sprawy z tego, co się dzieje wokoło nich, może się zdarzyć zabrudzenie, ale są to wyjątki zachodzące bardzo rzadko. Oddanie kału i moczu przez epileptyka, resp. paralityka, lub tp., znajdującego się w stanie na-

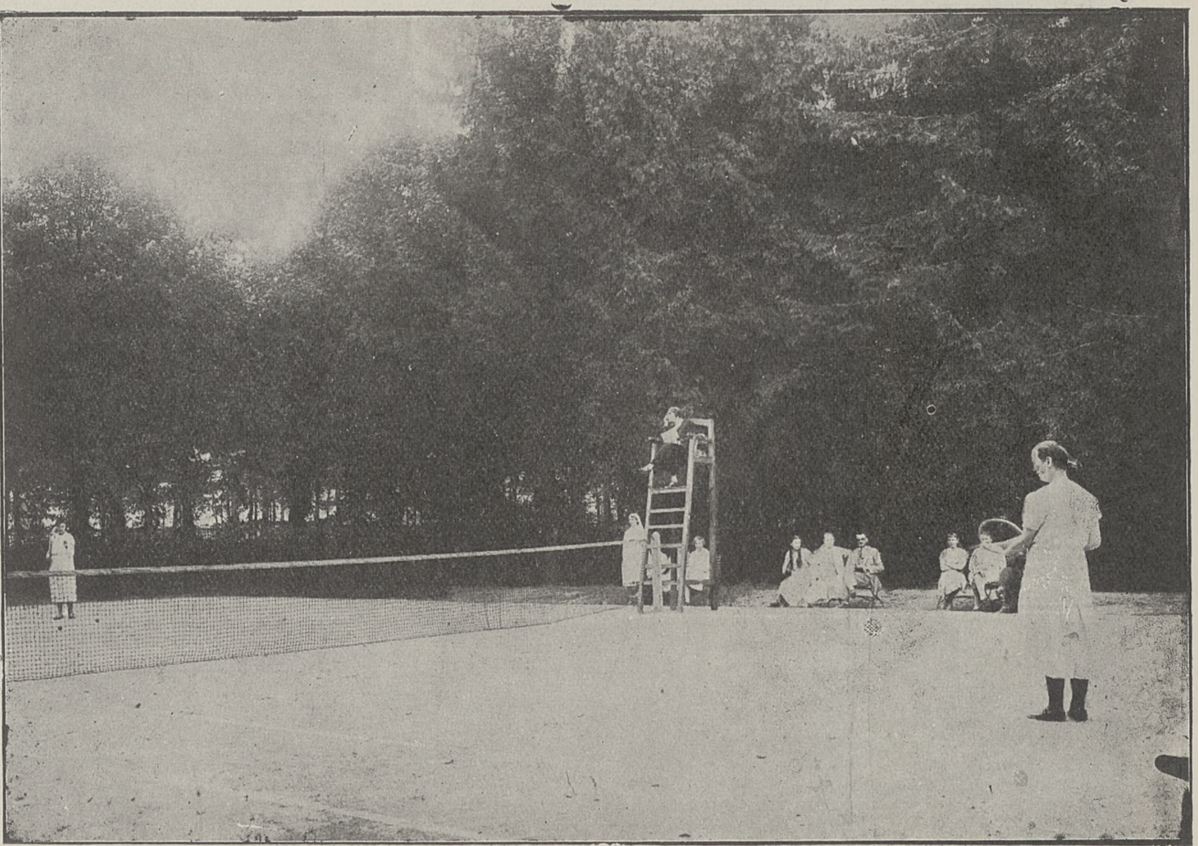
padu drgawkowego, nie notuje się jako zanieczyszczenie, lecz zapisuje się osobno, w historji choroby. Takiego zanieczyszczenia bowiem nie uważa się jako zabrudzenie powstałe z nieuwagi pielęgniarza, lecz jako zjawisko, aczkolwiek niepożądane, to jednak mające znaczenie malum necessarium niedającego się uniknąć.

Należy także wspomnieć o odleżynach, które dawniej były częstem zjawiskiem w Dziekance. Obecnie zniknęły odleżyny zupełnie. W Zakładzie nie powstają, albowiem pielęgniarz ma sobie za point d'honneur niedopuścić do odleżyn i stosuje wobec chorych obłożnie troskliwą opiekę i pielęgnację. Wykwalifikowany pielęgniarz wie, że odleżyny po większej części powstają z niechlujstwa, z niedbalstwa i z braku dozoru. Pielęgniarz jest świadomy, że odleżyny stanowią dowód jego niedbalstwa i niezaradności, że odleżyny mogą mu zaszkodzić w dalszej karjerze pielęgniarskiej. Jeżeli się w Dziekance pojawią odleżyny, to tylko u nowoprzyjętego zaniedbanego pacjenta, który je przywiózł do Zakładu. W Dziekance odleżyny wnet znikają.

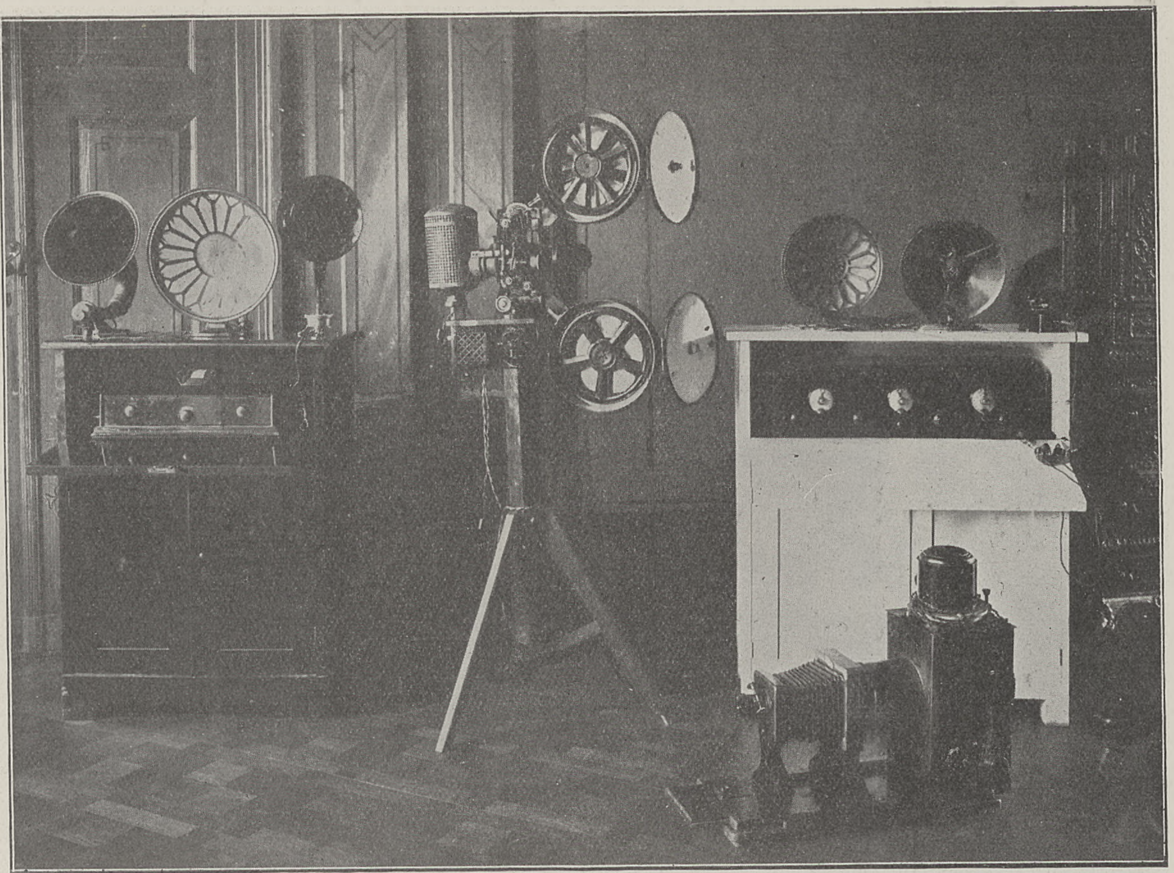
W domu odźwiernego znajduje się centrala telefoniczna, obsługująca sieć telefoniczną zakładową i pozamiejscową, oraz elektryczna kontrola służby nocnej, polegająca na tem, że pod zegarem elektrycznym, wskazującym czas, wisi szafka z mechanizmem, poruszającym taśmę papieru, na której odbijane są sygnały z poszczególnych oddziałów. Na każdym oddziale istnieje puszka wmurowana w ścianie, do której pielęgniarz nocny ma dostęp za pomocą odpowiednio skonstruowanego klucza. Co 10 albo 15 minut pielęgniarz wprowadza klucz przez otwór do puszki i obraca go; w ten sposób zamyka prąd, wskutek czego porusza się kolec w szafce pod zegarem w pokoju służbowym odźwiernego i robi znak na właściwym odcinku taśmy. Taśma posuwa się w ciągu nocy, a ze znaków kontrolujących stróż poznaje, czy służba nocna funkcjonuje. Jeżeli stwierdzi przerwę znaku, telefonuje na właściwy oddział i interwenjuje. W razie nieotrzymania odpowiedzi udaje się osobiście na oddział. Ten sposób kontroli okazał się dotąd praktyczniejszy i wygodniejszy, niż kontrola za pomocą zegarków, bo przy obecnej kontroli stwierdza natychmiast przyczynę przeszkód i interwenjuje bezpośrednio. Dawniej, dopiero na drugi dzień rano lekarze otwierali zegarki, ażeby stwierdzić, czy pielęgniarz nocny regularnie w przepisanych odstępach robił swoje znaki na zegarze, t. zn. że czuwał, a nie spał. Zdarzyło się nieraz, że wtedy interwencja nie była już celowa.



Krokiet w pensjonacie żeńskim



Tennis w parku żeńskim



Radjo i kino



Drużyna piłki nożnej

W gmachu administracyjnym w westybulu ustawiono odlew gipsowy Zakładu Dziekanka, wywieszono tablice statystyczne i fotografje, ilustrujące wewnętrzne urządzenia i życie Zakładu. Pozatem znajdują się w gmachu administracyjnym urządzenia radjowe dla audycyj radjowych, instalacje dla przedstawień kinematograficznych, dla koncertów i dla przedstawień teatralnych; przymilnie urządzone kasyno lekarskie, posiada garnitury klubowe, fortepian, radjo i bilard. Laboratorjum serologiczne jest odpowiednio urządzone i daje możność do przeprowadzenia wszystkich badań laboratoryjnych, potrzebnych do djagnostyki. Wykwalifikowany kierownik laboratorjum posiada specjalne przygotowanie. Przy laboratorjum znajduje się składnica aptekarska, w której wydaje się środki lecznicze dla użytku pacjentów. Środki narkotyczne natomiast znajdują się w ręku lekarzy, którzy je zapisują każdorazowo dla poszczególnych pacjentów, stosownie do rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Zakład ma wprawdzie prawo do utrzymania własnej apteki, lecz z prawa tego nie korzysta, ponieważ w Gnieźnie, w oddaleniu 10 minut istnieją 4 apteki, więc Zakład nie chce im robić konkurencji.

Wejście do Zakładu przedstawia się reprezentacyjnie; duży plac przed gmachem administracyjnym jest pomysłowo udekorowany; klomby kwiatów ułożone w malownicze desenie, zielone trawniki, suche, częściowo płytami wyłożone chodniki, białe ławki roboty pacjenta, tak samo jak wodotrysk, nadają dziedzińcowi piętno kulturalne. Naprzeciwko Zakładu po drugiej stronie brukowanej szosy z alejami po bokach, wznoszą się ładne domki mieszkalne pielęgniarzy.

Sala konferencyjna posiada bibljotekę lekarską, liczącą 1096 tomów. Na pierwszem piętrze znajduje się sala teatralna i auditorjum, w którem odbywają się wykłady dla pielęgniarzy i posiedzenia naukowe ze współudziałem gości, specjalnie na takie wykłady zaproszonych.

W gmachu gospodarczym ustawiono nową maszynę parową i dynamo o sile 150 PS. Obecnie pracują 2 maszyny zapędowe z motorami, które razem produkują siłę o wartości 270 PS. Pozatem zainstalowano nową pompę, która drogą wysokiego ciśnienia powietrza zapędza wodę na wieżę ciśnień, skąd spływa do poszczególnych wodociągów. Jak widać z fotografij, urządzenia w pawilonach są przystosowane do wymogów nowoczesnych; chorzy znadują przymilne otoczenie, czują się nieraz lepiej niż

w domu. Odpowiednio urządzone jadalnie, sale zabaw, sale muzyczne, zabawy w ogrodzie i w parku, jak krokiet, tenis, taniec, footbal, gimnastyka, znajdują zastosowanie. Pod względem terapeutycznym posiada Zakład Dziekanka najniezbędniejsze urządzenia, służące do elektro - heljo - termo - hydro-, balneo-, mechano - terapji.

Chorzy III klasy sypiają w wspólnych sypialniach malowanych, dobrze urządzonych. Pacjenci utrzymywani na własny koszt przebywają przeważnie w osobnych pokojach, gdzie mogą się czuć zupełnie, jak w domu. Dywaniki, chodniki, firanki, obrazy, kwiaty upiększają pokoje i sale, niema obawy, że przedmioty są zbiornikami kurzu, gdyż personel jest wychowany odpowiednio, dba o czystość i nie cierpi kurzu ani na firankach, ani na dywanikach, lub innych przedmiotach, lecz codziennem uprzątaniem i porządkowaniem utrzymuje wszelkie ubikacje w czystości i pilnuje, ażeby chorzy zachowywali czystość i nie zabrudzali pokoi. Że upiększenia nie są szkodliwe, świadczy choćby ta okoliczność, że naogół w Dziekance w ciągu ostatnich lat liczba chorób cielesnych się nie zwiększyła, a raczej zmniejszyła i śmiertelność także spadła 12 proc. w r. 1919 do 4 proc. Chorych, nadających się do opieki prywatnej w rodzinie, oddaje Zakład po najwyżej 2 osoby równej płci, do jednej rodziny w okolice Dziekanki. Opiekun przeznacza chorym osobny pokój z łóżkami, pościelą i bielizną, natomiast Zakład dostarcza choremu ubranie i bieliznę osobistą, pozatem kąpiel, opiekę i dozór lekarski. Za pobyt chorego w rodzinie opłaca Zakład 2/3 tej stawki, którą pobiera za chorego. Chory, znajdujący się w opiece rodzinnej, pozostaje w ewidencji Zakładu. Lekarz Zakładu wyznaczony specjalnie jako kontroler tej opieki, odwiedza w towarzystwie nadpielęgniarza i nadpielęgniarki raz na miesiąc chorych i składa Dyrekcji z każdorazowej wizyty raport. Nim Zakład odda chorego w opiekę rodzinną starającemu się, lekarz dozorujący bada warunki i wydaje orzeczenie, czy kandydat nadaje się na opiekuna osób psychicznie chorych i czy ma odpowiednie pomieszczenie; gdy to orzeczenie wypadnie pomyślnie, wybiera się chorego i oddaje się w opiekę rodzinną.

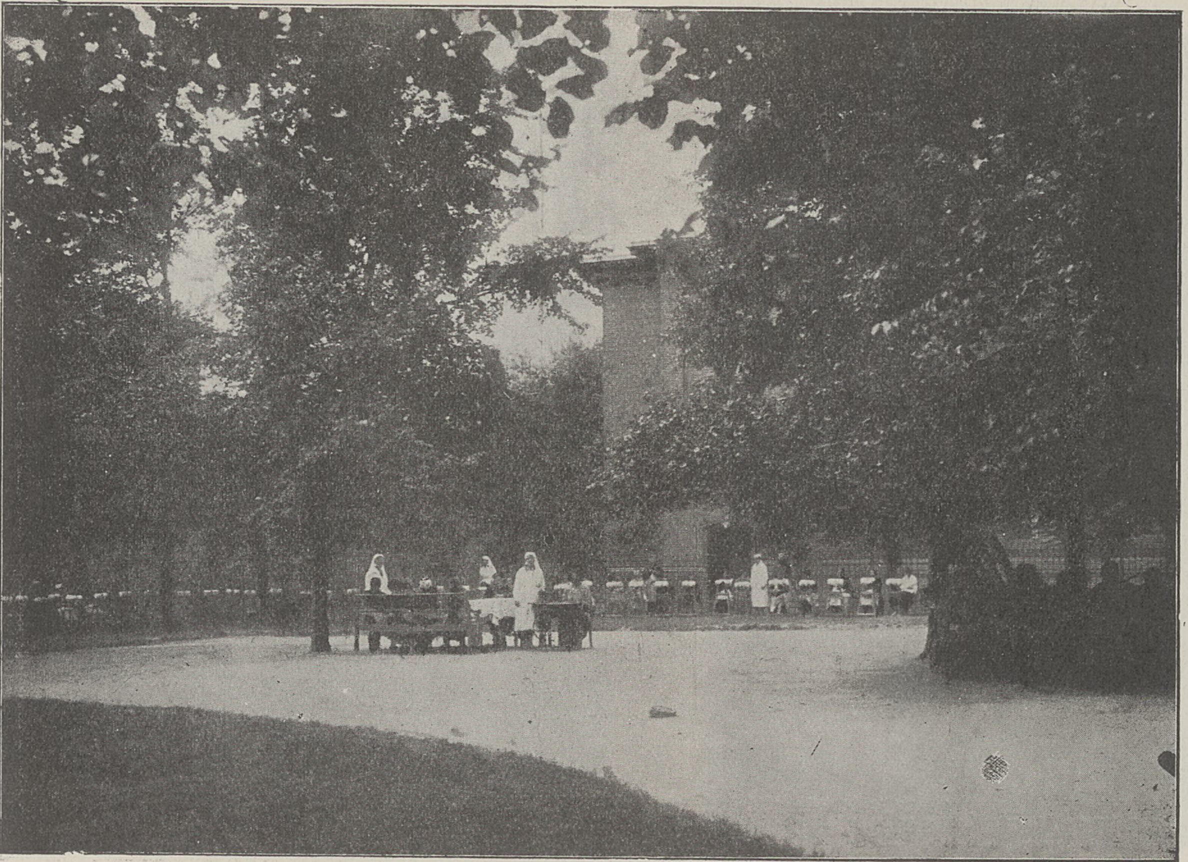
Personel pielęgniarski jest w 88 proc. wykwalifikowany. Na pielęgniarzy przyjmowane są osoby młode, dziewczyny od 18 r. mężczyźni, którzy mają wojskowość poza sobą. Kandydat na pielęgniarza musi się wykazać świadectwem ukończonej szkoły ludowej i świadectwem moralności. Od mężczyzn wymaga się znajomości jakiegokolwiek rzemiosła. Ze względu na liczną rzeszę cho-



Pacjenci przy gimnastyce



Pacjentki niespokojne przy tańcu



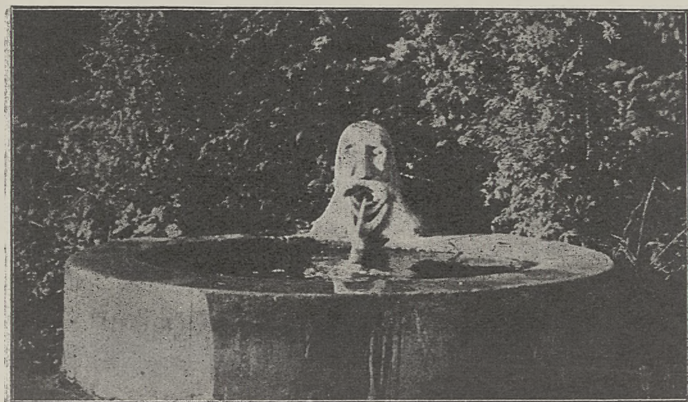
Pacjentki przy klockowaniu



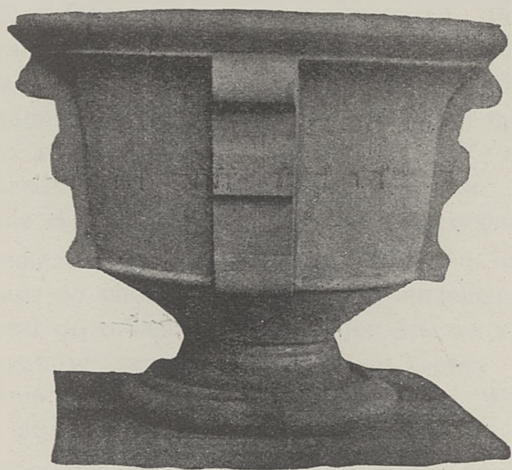
Wazon wykonany przez pacjenta



Meble wykonane przez pacjenta



Fontanna pomysłu pacjenta



Wazon ozdobny wykonany przez pacjenta

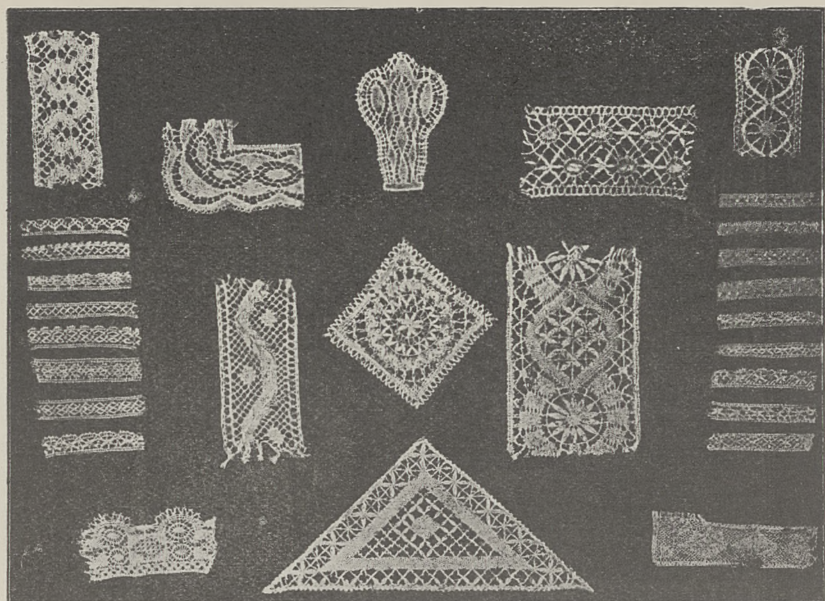
rych, pochodzących ze sfery rolniczej i ze względu na okoliczność, że tych chorych zatrudnia się na roli, na folwarku, w ogrodnictwie, Zakład przyjmuje chętnie kandydatów pochodzących ze sfer rolniczych, albo mających kwalifikacje na ogrodników. Także inne rzemiosła są zastąpione ze względu na warsztaty i chorych rzemieślników, jak stolarzy, bednarzy, rymarzy, krawców, szewców, tkaczy, ślusarzy, kowali, muzyków i t. p. Dzięki swoim kwalifikacjom awansują oni na pomocników warsztatowych. Przyjmuje się dziewczęta, które są szwaczkami, które umieją szydełkować, albo klockować. Po należytem przygotowaniu kierują one choremi zajętemi szyciem lub koronkarstwem: warsztaty te są w Dziekance najliczniej reprezentowane. Po 3 letniej służbie przygotowawczej na oddziałach w charakterze posługujących (wolno im wykonywać różne posługi, nie wolno im powierzać pielęgnowania chorych, lub powoływać ich do innych odpowiedzialnych czynności), mogą się zgłosić na 6 miesięczny kurs, przygotowujący do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa psychjatrycznego. Egzamin odbywa się po ukończeniu tego kursu pod przewodnictwem delegata rządu, Naczelnika Wydziału Zdrowia przy Województwie, z współudziałem Dyrektora Zakładu, jako kierownika kursu. Pozatem należą do komisji egzaminacyjnej lekarze docenci. Po złożonym egzaminie kandydat(ka) awansuje na pielęgniarza pomocniczego, a po 10 latach nienagannej służby pomocniczej kandydat ma prawo do starania się do awansu na pielęgniarza etatowego i w razie przyjęcia staje się urzędnikiem ustalonym z prawem do emerytury. Kto egzaminu nie złożył, pozostaje nadal posługującym.

Pielęgniarzy i pielęgniarki, jakoteż chorzy z odpowiednim głosem, wstępują do chóru zakładowego a muzykalne osoby (chorzy i pielęgniarze) do orkiestry; zespół ten śpiewa z przygrywką orkiestry i organów na nabożeństwach w kaplicy zakładowej i na przedstawieniach i zabawach w sali teatralnej. Występy prowadzi lekarz przy pomocy inteligentniejszych pacjentów.

Cmentarz zakładowy był nieogrodzony, zaniedbany i wyglądał raczej na śmietnisko, niż na miejsce wiecznego spoczynku. Gruntowna zmiana nastąpiła wskutek niwelacji terenu. Groby zniesiono i zrównano z ziemią, miejsce w których pochowano nieboszczyków, oznaczono tablicami cementowemi, wykonanemi w warsztatach zakładowych. Na tablicach wyryto imię i nazwisko zmarłego i numer kolejności. Powstały dwie główne aleje, prowadzące od bram wejściowych w głąb cmentarza, mnóstwo

uliczek i ścieżek przecina trawniki, a ładnie i pomysłowo zasadzone kwiaty upiększają cmentarz i nadają otoczeniu cechę pogodną. W środku postawiono krzyż otoczony kwiecistym trawnikiem a przed nim ławka zaprasza do dumania. Przy tylnej ścianie na wyżynie wznosi się stylowo wybudowane mauzoleum prywatne; naokoło cmentarza powstał mur, który z frontu jest przerwany w środku od jednej bramy do drugiej i zastąpiony żelaznym parkanem. Front cmentarza, dawniej zwrócony ku polom, obecnie leży nad szosą. Na cmentarz chodzi się przez 2 bramy frontowe; w tylnej ścianie jest wejście, przeznaczone do użytku prywatnego Obecnie cmentarz przedstawia się okazale i robi wrażenie parku. Widok od szosy, tj. z frontu teraźniejszego pokazuje trawnik wypełniony rzędami tablic cementowych.

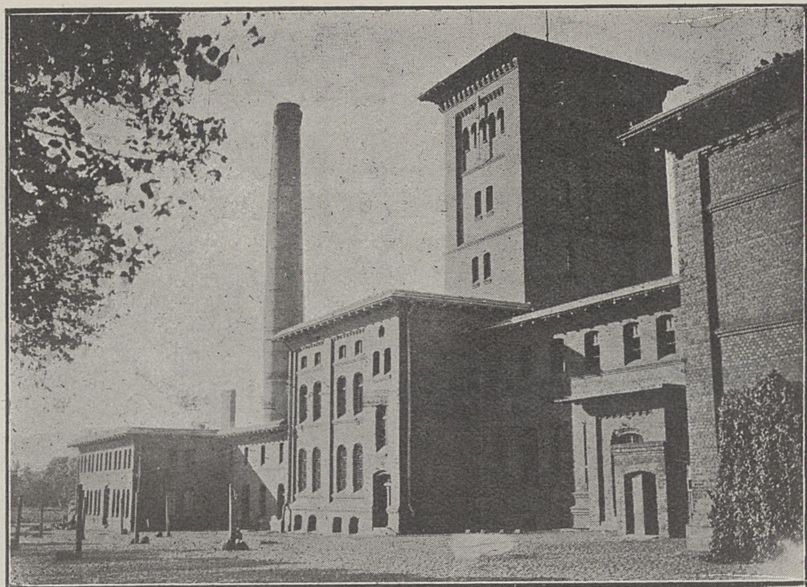
Leczenie zajęciowe (Beschäftigungstherapie) zorganizowane w Dziekance przez dyrektora A. Piotrowskiego już w r. 1919 nie jest kopją systemu Simona, jak mylnie ogłosił Dr. Becker w warszawskiem czasopiśmie lekarskiem, lecz polega na indywidualnej koncepcji Piotrowskiego. Simon ogłosił wyniki swoich doświadczeń dopiero w r. 1924. Niezależnie od tego w tym samym roku Piotrowski donosił o swoich spostrzeżeniach w Dziekance na kongresie w Lublińcu i opublikował swój referat w Nowinach Psychjatrycznych, r. 1924, Nr. VII. W tym czasie o Simonie głucho było w Polsce. Piotrowski dzieli pracę dla pacjentów na następujące kategorje: 1) praca pożyteczna, a więc praca na roli, na folwarku, w ogrodnictwie, w parku, warsztatach maszynerji, kotłowni, pralni, kuchni, szwalni, przy klockowaniu, zajęcie w biurze. Wykonują te prace pacjenci zdolni tak pod względem fizycznym, jak psychicznym do czynności związanych z pracą pożyteczną. 2) praca luksusowa, pośrednio pożyteczna. Do takiej pracy zaliczamy malarstwo, rzeźbiarstwo, fotografowanie, muzykę, śpiew solowy i chórowy, gry towarzyskie na świeżem powietrzu i w domu. 3) zajęcie nieproduktywne. Służy ono do zatrudnienia pacjentów otępiałych, słabowitych, zniedołężniałych, którzy do innej pracy absolutnie nie są zdolni; drą oni fatałaszki odkażone, siedzą spokojnie przy swojem zadaniu, pilnie je odrabiając, co im przynosi pewną satysfakcję. Tylko mała ilość pacjentów obłożnie chorych i zupełnie zniedołężniałych psychicznie i fizycznie nie jest zajęta. Uwzględniając te szczegóły, stwierdzamy, że w Dziekance jest dziennie zajętych przeciętnie 93 proc., a 7 proc. chorych jest niezajętych bądź z powodu choroby cielesnej bądź z powodu ogólnego niedołęstwa.



Koronki wykonane przez pacjentkę



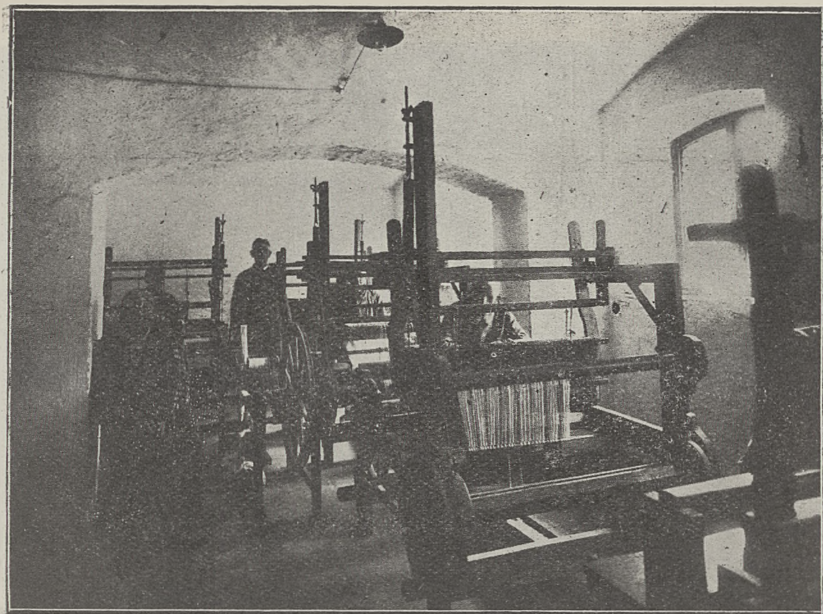
Wyszywanie



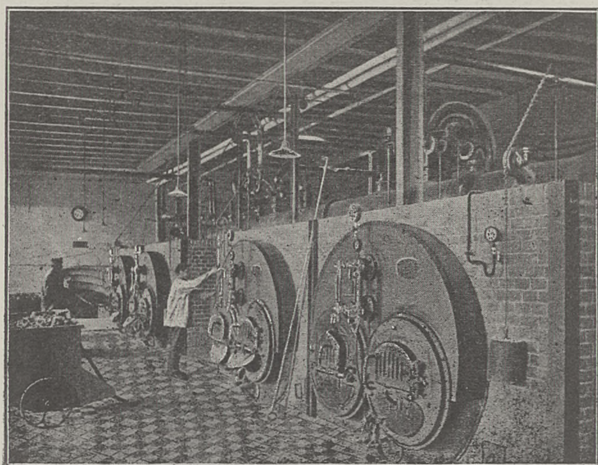
Główny budynek gospodarczy



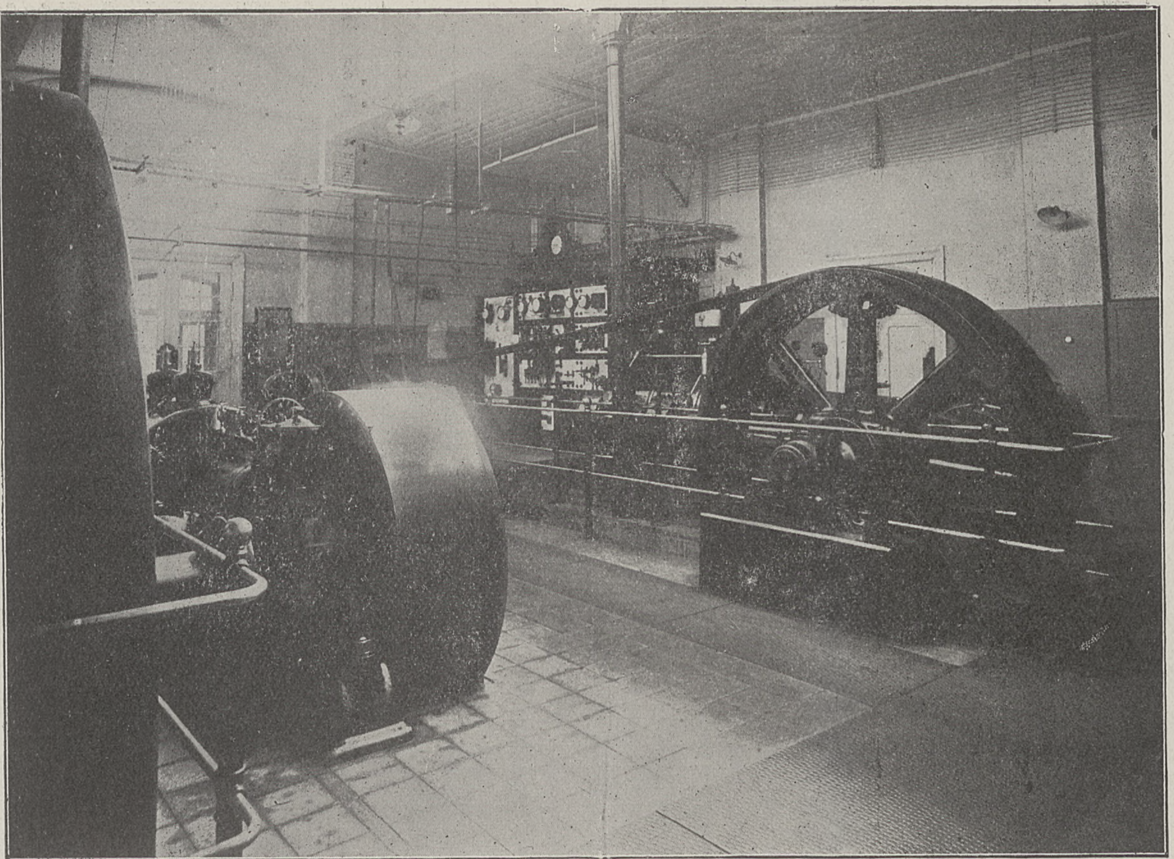
Stolarnia



Warsztat tkacki



Kotłownia



Elektrownia

Wyniki pracy pożytecznej są bardzo zadowalniające, o czem świadczą załączone ilustracje jak np. ilustracja przedstawiająca garnitur mebli, nad któremi pracowało trzech chorych, parafrenik — stolarz, dementywny alkoholik, degenerat i głuchoniemy halucynant, albo ilustracja przedstawiająca wodotrysk, zbudowany przez murarza — parafrenika, albo ławki ustawione na dziedzińcu zrobione przez pranoidalnego degenerata alkoholowego, albo deseń wyszywany z ptakami na gałęzi. Również pacjenci kategorji II (praca luksusowa) dostarczają dość przyczynków do ilustracji życia zakładowego. Do tej kategorji należą pacjencji inteligentni, przeważnie ze sfer zamożniejszych z artystycznemi skłonnościami. Rzeźba pacjentki parafreniczki została wywieszona w kaplicy zakładowej, rzeźba i obraz pacjenta z dementia paranoides tworzą pamiątki w Zakładzie. Chorzy, którzy nie mają dużo sposobności w razie niechęci do poważniejszego zajęcia, spędzają czas biorąc udział w rozrywkach różnego rodzaju, tańce, jak szachy, karty, bilard, ping-pong, kręgle, tenis, krokiet, footbal, do których zaprasza orkiestra zakładowa, złożona w większości z pacjentów i przygrywająca ochoczo. Wycieczki w bliższą i dalszą okolicę letnią porą, saneczkowanie zimową porą, urozmaica chorym życie.

Do środków hamujących ruchy należy także zawijanie w koce i zastrzyki skopolaminy. Z psychjatrycznych przesłanek nie używa się tych środków. Pacjent podniecony w kocu ma uczucie, że się dusi; skrępowanie kocem wywołuje wrażenie kompletnego paraliżu. Wskutek zabiegów wydostania się z koców, pacjent w najkorzystniejszym razie zmęczy się i ze zmęczenia uspokoi się napozór. Jeżeli kocowanie trwa dłużej, jeżeli nie zwróci się uwagi na serce, może się zdarzyć, że chory z powodu nieustannych usiłowań wydostania się z więzów zapadnie na ostrą niedomogę serca i umrze z wycieńczenia. Biorąc pod uwagę ujemne strony kocowania, z psychjatrycznych względów nie zawijamy w koce, albowiem dość jest środków łagodnych, uspokajających niespokojnego chorego. Natomiast ze względów cielesnych, np. neurologicznych i t. p., stosowanie kocowania nie jest zabronione. Kocowanie przeprowadzone ostrożnie wobec pacjenta spokojnego, który się godzi na kocowanie, przynosi nieraz choremu ulgę w jego dolegliwościach. Chemicznym kocem można nazwać skopolaminę ze względu na jej nieprzyjemne i szkodliwe działanie poboczne, dlatego skopolamina została z terapji chorób psychicznych wyeliminowana i bywa tylko wyjątkowo używana w przypadkach parkinsonizmu poencefalitycznego.

Mimo usunięcia murów i krat, izolatek, mimo udzielenia chorym jaknajdalej posuniętej swobody ruchów, samowolne oddalenia się chorych z oddziałów zamkniętych nie są liczniejsze niż były w okresie najsurowiej przeprowadzonej detencji. Liczba samowolnych oddaleń nie powiększyła się, mimo, że ilość pacjentów wzrosła potrójnie. Łagodne i swobodne traktowanie chorych przyczyniło się do zmniejszenia się liczby przedmiotów uszkodzonych przez pacjentów. Większa część uszkodzeń, jak wybite szyby, powstała przez nieostrożność przy czyszczeniu okien, albo przy wnoszeniu ławek i stołów. Częściej zachodzą bójki między chorymi, co zresztą nikogo nie powinno dziwić, jeżeli się zważy, że chorzy są zgromadzeni w jednem miejscu i nietrudno o kłótnię i bójki między drażliwemi osobnikami. Szybka interwencja personelu uspakaja zakłóconych. Następstw niebezpiecznych naogół nie było, tylko raz w ciągu 15 lat zdarzyło się, że chory znienacka uderzył towarzysza szuflą w głowę i zranił go poważnie. Zraniony po niejakimś czasie zmarł. Obecny pielęgniarz nie był winien, bo atak nastąpił tak nagle i to ze strony chorego, któremu agresywności nie przypisywano. Obaj chorzy byli zajęci robotami domowemi i atakujący chory działał prawdopodobnie pod wpływem halucynacji. Poszkodowany natomiast był cieleśnie zniedołężniały, więc uległ szybko urazowi.

Służba pielęgniarska jest unormowana regulaminem i przepisami służbowemi, które były już wydrukowane w Nowinach Psychjatrycznych w r. 1928, zeszyt I-II. Dzięki przepisom i starannemu wyszkoleniu, personel pielęgniarski stanowi pożyteczny czynnik lecznictwa psychjatrycznego i opieki zakładowej. Lecznictwo od 15-tu lat ma za cel utrzymanie pacjentów przy treściwem smacznem odżywianiu i pozostawieniu im swobody osobistej na możliwie wysokim poziomie kulturalnym i socjalnym za pomocą psychoterapji, leczenia zajęciowego (przeszło 90 proc. chorych jest zajętych), przyzwyczajenia do systematycznej pracy, wychowania do życia społecznego, do ścisłego przestrzegania prawideł higjeny ogólnej i psychicznej. Leczenie zajęciowe rozwinęło się do znacznych rozmiarów. W r. 1928 było zajętych przeciętnie dziennnie 36,8 proc. chorych, od r. 1924 cyfra zajętych pacjentów przekracza 90 proc. i osiągnęła w okresie największego rozkwitu 95 proc.

Stan zdrowotny w Dziekance jest zadowalniający. W r. 1923 nowo przyjęty manjak przyniósł ze sobą tyfus. Odosobnienie chorego zapobiegło rozszerzeniu się choroby. W r. 1928 chora przy-



Kuchnia



Mieszkania pielęgniarzy.



Mieszkania pielęgniarzy.



Pacjenci w opiece rodzinnej



Folwark



Pacjenci przy żniwach.



Pacjenci przy młóceniu.



Cmentarz zakładowy

niosła tyfus ze sobą z początku nierozpoznany; od niej zaraziły się 3 pacjentki. Zastosowano niezwłocznie szczepienie antytyfusowe u wszystkich chorych i personelu tegoż oddziału z dobrym skutkiem. Dalszych następstw nie było. Dotkliwie daje się odczuwać gruźlica wśród pacjentów. Odsetka śmiertelności z powodu gruźlicy jest wysoka. Natomiast ogólna śmiertelność w Zakładzie spadła w ciągu 15 lat z 12 proc. w r. 1919 do 4,25 proc. W Dziekance znajduje się mnóstwo herlaków zniedołężniałych, słabowitych, którzy powiększają odsetkę śmiertelności. Przyczyną tego jest okoliczność, że szpitale powszechne często przysyłają pacjentów w dogorywającym stanie. Zdarzały się przypadki, że chory zmarł w czasie transportu, albo bezpośrednio po przekroczeniu progu Dziekanki w poczekalni Zakładu. Odsetka pacjentów wypisanych w stanie poprawy, wzgl. wyleczenia zwiększyła się. W r. 1919 wypisano w stanie wyleczenia i poprawy 26,62 proc, (+ 1,18 proc. sine morbo), niewyleczonych było 30,2 proc.; a między wypisanymi było 42 proc. zmarłych natomiast w roku najkorzystniejszym.

Traktowanie bezsenności w Dziekance przedstawia osobny rozdział. Minął okres masowego rozdawania nasenników. W r. 1919 wydano dziennie przeciętnie 200 porcyj nasenników, wyniki nie były lepsze niż obecnie, gdzie tylko 1-3 nasenników sprowadzają pożądany skutek. Są dni, gdzie się nie wydaje żadnych nasenników. Ordynowanie nasenników przysługuje tylko dyrektorowi, który je zapisuje na podstawie piśmiennych raportów personelu i lekarzy o absolutnej bezsenności pacjentów. Wychodząc z założenia, że zdrowy pracujący 30-letni mężczyzna potrzebuje 7 godzin snu, dochodzi się do wniosku, że osoba chora, która mimo chorobowego podrażnienia śpi bez nasenników 4 godziny, ma dostateczny sen i niepotrzebuje środków nasennych.

Gdy stan podrażnienia minie, sen wróci, a chory nie był zatruwany. Środek nasenny otrzymuje tylko ten, który sypiał przez 3 dni mniej niż 4 godziny na dobę, albo który w tym okresie wcale nie spał, co musi być protokularnie sprawdzone. Zapisuje się wtedy wysoką dawkę nasennika; wysoka dawka leku z wielkiem prawdopodobieństwem sprowadzi sen, podczas gdy mała dawka wywołuje regularnie ujemne działania poboczne, a nie zawsze powoduje sen. 15-letnia praktyka wykazała, że bezsenność występuje okresowo; gdy okres minie, sen wraca. Tem się tłómaczy, że przy natarczywej bezsenności czasem nawet wysokie dawki nie wywołują snu; sen wraca dopiero po ustąpieniu okresu bezsenności. O zwal-

czaniu bezsenności w Dziekance opublikował pracę w r. 1929 ówczesny asystent Zakładu, obecnie dyrektor w Swiacku, Dr. Henryk Zajączkowski. Z tej pracy można dowiedzieć się bliższych szczegółów o przedmiocie.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, przedstawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, omawiali wskazania terapeutyczne, oraz skuteczność leczenia, referowali o zachowaniu się nowoprzyjętych pacjentów i pacjentów z osobliwemi psychopatologicznemi przejawami. Pozatem rozpatrywali niejasne przypadki kliniczne i sądowo-psychjatryczne.

Jako eksperci wyjeżdżali lekarze często na rozprawy sądowe: do Gniezna, Inowrocławia, Bydgoszczy, Torunia, Poznania, Wrześni, Włocławka, Ostrowa, Leszna.

Co tydzień odbywały się wewnętrzne kliniczne posiedzenia lekarskie. Raz na miesiąc publiczne posiedzenia naukowe z udziałem gości. Na posiedzeniach tych omawiano aktualne sprawy z dziedziny psychjatrji i psychologji, rozpatrywano ciekawsze przypadki psychjatryczne i neurologiczne.

Głównym tematem badań i dyskusji był przedmiot rozgraniczenia schizofrenji, wysunięty przez dyr. Al. Piotrowskiego. W następstwie tych dociekań oddzielono katatonję od schizofrenji, oraz zwężono i sprecyzowano formę nozologiczną schizofrenji. Zainteresowanie dla zagadnień naukowych było żywe. Lekarze Zakładu pod kierownictwem dyr. Piotrowskiego oddawali się z zapałem specjalnym studjom i drukowali swoje prace w Nowinach Psychjatrycznych i w innych czasopismach lekarskich, wygłaszali referaty na posiedzeniach Poznańskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego i uczestniczyli w zjazdach psychjatrów polskich.

Dnia 19. maja 1921 tj. w 3 dniu Zjazdu Psychjatrów Polskich w Poznaniu, uczestnicy kongresu obradowali w Dziekance i zwiedzili Zakład. Wtedy Dr. Falkowski przedstawił kilkunastu chorych z objawem Piotrowskiego, objaśniając znaczenie diagnostyczne i wartość kliniczną objawu. Objaw Piotrowskiego polega na tem, że w organicznych schorzeniach mózgu, uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w miejsce przyczepu mięśnia piszczelowego przedniego, pomiędzy tuberositas tibiae i capit. fib. albo w sam mięsień, powoduje zamiast fizjologicznego zgięcia grzbietowego stopy, reakcję przeciwną, tj. podeszwowe zgięcie (wyprostowanie)

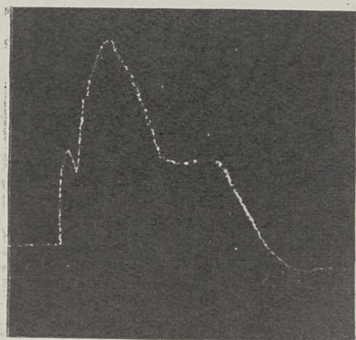
stopy, albo niekiedy (rzadko) palców. Odruch ten (apriori chorobowy) występuje wyraźniej, jeżeli stopę podtrzymamy w lekkiem grzbietowem zgięciu.

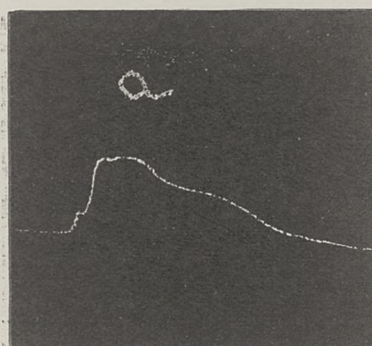
W piśmiennictwie pojawiały się niekiedy odmienne poglądy, sprzeczne z doświadczeniem klinicznem w przedmiocie objawu Piotrowskiego. Dlatego przeprowadzano w Dziekance badania celem wyjaśnienia tych sprzeczności. Sprzeczności te tłumaczą się następującemi faktami: Jako objaw Piotrowskiego uważają niesłusznie niektórzy autorzy fizjologiczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego, opublikowanego przez Piotrowskiego w r. 1912 w Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 52 i nazwany przez autora odruchem m. p. p. (Anticusreflex). Odruch ten w organicznych zachorzeniach centr. systemu nerwowego przyjmuje czasem formy patologiczne, t. zn. po jednej stronie występuje, a po drugiej nie, albo po jednej stronie manifestuje się wyraźniej niż po drugiej. Odruch m. p. p. (Anticusreflex) występuje także u osób zdrowych, albo u osób z łatwą pobudliwością funkcjonalną, odruchową. W przeciwieństwie do tego mylnego nastawienia ustaliło się w piśmiennictwie stanowisko uznające słusznie jako objaw Piotrowskiego antagonistyczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego, opublikowane przez autora w r. 1913 w Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 13. Odruch ten jest apriori patologiczny, nie występuje u osób zdrowych, lecz u chorych, w zachorzeniach organicznych centralnego systemu nerwowego, mianowicie w chorobach mózgu. Ten właśnie antagonistyczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego jest właściwym odruchem Piotrowskiego i jako taki ustalony w piśmiennictwie (cfr. W. Guttmann, Medizinischen Terminologie 1920, Wien, Berlin). Sprzeczności w przedmiocie pojawiające się niekiedy w piśmiennictwie pochodzą z tąd, że to, co piszą autorzy o objawie Piotrowskiego, mając na myśli fizjologiczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego, nie zgadza się z tem, co piszą autorzy o objawie Piotrowskiego w znaczeniu antagonistycznego odruchu mięśnia piszczel. przedniego. Oba odruchy mogą się skombinować do obrazu mieszanego; stąd powstaje inna postać, jak ta, która jest właściwą każdemu odruchowi z osobna. Nie zgadza się twierdzenie niektórych autorów piszących o objawie Piotrowskiego, z tem że objaw Piotrowskiego jest fizjologicznym, a nie patologicznym. Twierdzenie to odpowiada kryterjum odruchu m. p. p., ale nie właściwościom antagonistycznego odruchu m. p. p., czyli objawu Piotrowskiego. Nie mają słuszności także autorzy wywodzący pow-

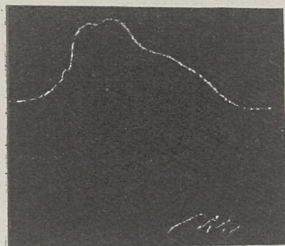
stanie odruchu Piotrowskiego z t. zw. réflexe de posture, albowiem pierwotnie odruch Piotrowskiego wywoływano nie z mięśnia piszczelowego przedniego przy grzbietowem zgięciu stopy, lecz ze ścięgna w miejscu przyczepu mięśnia piszczelowego przedniego między tuberositas tibiae i capitulum fibulae wiszącej kończyny, bez grzbietowego zgięcia stopy. Zgięcie stopy i wywołanie odruchu z brzuśćca mięśniowego jest późniejszym dodatkiem celem łatwiejszego wywołania odruchu. Główna cecha, odruch, wyłaniająca się z kilkutysięcy doświadczeń, jest następująca:

1) odruch mięśnia piszczelowego przedniego (Anticusreflex) powstaje przez uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w miejsce przyczepu mięśnia między tuberositas tibiae i capitulum fibulae; obserwuje się skurcz mięśnia piszczelowego przedniego powodujący addukcję stopy z podniesieniem wewnętrznego jej brzegu. Jest to odruch fizjologiczny, który występuje w normalnych warunkach, choć niezawsze daje się wywołać u każdego zdrowego, lecz występuje u niektórych osób z wzmożoną pobudliwością odruchową funkcjonalną. Często spotyka go się u gruźlików (wzmożona pobudliwość odruchowa), i w zachorzeniach organicznych centr. systemu nerw. z hiperrefleksją ogólną. Odruch przybiera wtedy patologiczne formy, występuje z wzmożoną intensywnością tylko po jednej stronie, a po drugiej stronie wcale, albo po jednej stronie wyraźniej, niż po drugiej. Niema on znaczenia djagnostycznego.

2) Objaw Piotrowskiego, czyli antagonistyczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego. Odruch ten wywołuje się w ten sam sposób, co odruch poprzedni, mianowicie przez uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w ścięgno mięśnia piszczelowego przedniego, w miejscu przyczepu mięśnia na tuberositas tibiae i capitulum fibulae; następuje wtedy zgięcie podeszwowe (wyprostowanie) stopy, przy równoczesnym skurczu mięśnia łydki. (M. gastrocnemius). Można go też wywołać z brzuśćca mięśnia przy lekkiem pasywnem zgięciu grzbietowem stopy. Ma się wtedy uczucie w palcach, że są odrzucone przez stopę. Efekt jest ten sam co w odruchu Achillesa. Odruch Piotrowskiego, t. j. antg. odr. mięś. piszcz. przed. w sposobie wywoływania nie różni się od poprzedniego objawu (Anticusreflex), atoli różni się zasadniczo w postaci. Efekt jest bowiem zupełnie odmienny i przeciwny wynikowi odruchu m. p. p. Różnica polega na tem, że nie kurczy się mięsień piszczelowy przedni, ani niema addukcji i fleksji dorsalnej stopy, lecz przeciwnie kurczy się mięsień łydki, tj. antagonista mięśnia piszczelowego




a



przedniego, i stopa robi ruch w przeciwną stronę, tj. zgina się w kierunku podeszwy, czyli następuje wyprostowanie stopy. Odruch jest apriori patologiczny i ma znaczenie djagnostyczne, tak samo, jak odruch Babińskiego, Oppenheima, Bechterewa, Gordona i innych.

3) Kombinacja odruchów pod 1 i 2 daje obraz mieszany, gdyż w nim są zawarte kryterja obu odruchów. Objaw mieszany ma również znaczenie patognomiczne. Tam, gdzie pobudliwość odruchowa jest znacznie podwyższona, a pole refleksogenne rozszerzone na całą kończynę, objaw antagonistyczny mięśnia piszczelowego może być wywołany również i z kostki zewnętrznej. Że odruch z kostki zewnętrznej nie jest odruchem osobnym, jak chce Vizioli, ale tym samym odruchem co odruch Piotrowskiego, świadczą graficzne wykresy: wykres a przedstawia fizjologiczny odruch mięśnia p. p., wykres b przedstawia odruch ant. m. p. p., czyli właściwy odruch Piotrowskiego; wykres c przedstawia odruch z kostki zewnętrznej.

Wykresy wyraźnie wykazują, że odruch z m. p. p. (wykres pod a) różni się w kształcie zasadniczo od wykresu b i c. Natomiast między wykresem b i c niema zasadniczej różnicy, co świadczy o tem, że odruch z kostki zewnętrznej (wykres c) przedstawia te same właściwości, co odruch Piotrowskiego (wykres b) i nie jest z natury obcym odruchem.

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Quinze années d'administration polonaise à Dziekanka.

Par AL. PIOTROWSKI.

L'article donne une description succinte de l'hôpital, énumère les conditions de l'admission des malades, décrit l'activité médicale, la question des garde-malades et de la réforme de l'hôpital. Il n'existe à Dziekanka ni grilles, ni chambres d'isolement, ni camisoles de force, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distribution schématique en masse de somnifères. En général, les aliénés ne sont pas alités à cause des maladies psychiques. Les murs sont pour la plupart abolis.

La thérapeutique psychiatrique à Dziekanka a pour but de maintenir les malades au niveau culturel et social le plus élevé possible et ceci par la psychothérapie, par le travail (plus de 90% des malades sont occupés à divers travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

L'auteur décrit aussi l'état sanitaire de l'hôpital, signale le développement du patronage familial, l'augmentation du nombre des malades, démontre que si les quinze années écoulées ne sont point parvenues à supprimer totalement tout phénomène fâcheux, elles ont pourtant réduit ces cas au minimum. Il démontre que les méthodes pratiquées à Dziekanka depuis quinze ans ont permis d'abolir la détention, d'élever le niveau de civilisation et celui de la vie sociale des malades, de développer au maximum la thérapie de travail, de propager le système du patronage familial, d'accroître le nombre des malades restitués à la santé, de diminuer le pourcentage de mortalité.

Il découle de ceci que la méthode appliquée à Dziekanka pendant ces quinze dernières années n'est pas pire que les méthodes traditionnelles et qu'en égard à ses résultats meilleurs, on peut la considérer comme digne d'être recommandée.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny w Dziekance.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Przykład symbiozy literackiej wśród psychicznie chorych.

Podał Dr. KAZIMIERZ WIZE.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy w Dziekance dnia 18 listopada 1933 r.

W życiu zakładowem Dziekanki zdarzyła się ciekawa okoliczność, zetknięcia się niezaprzeczenie uzdolnionego psychopaty z chorymi, którzy odpowiadają zachowaniem swojem rodzajowi jego talentu naracyjnego. Stąd powstały i mają jeszcze powstać dalsze obrazki z życia chorych w przedstawieniu owego uzdolnionego pacjenta. Mówię tu o uzdolnieniu u psychopaty. Psychopatja bowiem, jak wiadomo, nie wyklucza uzdolnienia. Bleuler konstatuje: „Jeśli inteligencja" (u psychopatów) „na ogół jest" (bywa) „wystarczającą, albo wybitną, nie posiada przecie dostatecznego wpływu regulacyjnego na postępowanie". W ujęciu Stransky'ego, podanem przez C. Schneidera w Psychologji Schizofreników, u psychopaty „noopsyche" może być zdrowa, a nawet wyróżniająca się — podczas gdy thymopsyche jest zawsze słaba, chorobliwa, występna, lub buntująca się.

Przedłożę tutaj pierwszy taki obrazek skomponowany przez uzdolnionego psychopatę na podstawie własnych jego spostrzeżeń, posiadający jednocześnie, jak mniemam, pewne zalety beletrystyczne. Lecz nie o beletrystykę tu chodzi, tylko przedewszystkiem o wartości naukowopsychjatryczne. W tym kierunku przedstawienie indywidualnego typu psychicznie chorego przez medycznie nieuprzedzonego obserwatora może być nieraz objektywniejsze od opisu, na jaki zdobywa się zazwyczaj uczony psychjatra, myślący i wypowiadający się apriorycznemi bądź co bądź najczęściej kategorjami. Na przedstawienie typu tego czy owego pacjenta dokładne i objektywne, coś w rodzaju wiązanki testów psychologicznych danej osoby, mógłby się coprawda zdobyć i inteligentny pielęgniarz, mający pisemnie zdawać sprawę z zachowania się chorych w ciągu doby. Nieuprawniony jednakże do wyboru wśród większej ilości chorych, krępowany swą zależnością od lekarza, nie podołałby zadaniu, jak nie podołałby mu nawet najobjektywniejszy w osiąganiu wskazanego celu „świadek", fonograf, ponieważ jest tylko maszyną.

I.

Uzdolniony nasz obserwator, pacjent W. B., jest pod względem charakteru produktem stopu pewnej ilości rodzajów temperamentu, posiadającym znamiona konstytucyjne, przypisywane w pierszym rzędzie typom dysplatycznym, z poszczególnemi oznakami feminizmu, jak nadmierna długość kończyn górnych, znaczna objętość przekrojowa ramienia i przedramienia, nadmierna stosunkowo do bark szerokość miednicy. Należy więc najwyżej tylko częściowo do typu schizotymików, uprzywilejowanego przez Kretschmera i jakoby szczególnie podatnego do rywalizowania z „królami i poetami". Talent W. B. nie odpowiada też charakterem typowi schyzotymika w układzie Kretschmera. W. B. nie jest „patetykiem, romantykiem, artystą formy, ścisłym logikiem, systematycznym metafizykiem, czystym idealistą, fanatykiem, zimnym kombinatorem", lecz raczej „realistą, humorystą, empirykiem, spostrzegawczym w kierunku kontemplacyjnym", należącym do kręgu „cyklotymików", tak, jak ich sobie Kretschmer pod względem charakteru konstytucyjnego wyobraża.

Pewna niekoordynacja między typem konstytucyjnym a rodzajem talentu u naszego pacjenta dowodzi, że zszeregowania form twórczości z typami konstytucji u Kretschmera są dość niestałe, płynne, czy nawet dowolne, albo wskazuje na to, że na ukształtowa-

nie talentu składają się poza konstytucją inne jeszcze czynniki, a więc i zapewne przeróżne *metabolizmy i katabolizmy*, wysuwane np. przez R. Allendy w rozprawie Les bases d'une notion de tempérament (Hygiène Mentale 1931. p. 132). Może dalej w tym samym kierunku zaważa na szali wydzielinowe działanie gruczołów pod wpływem pewnych chorób, od których ginie osobnik, lecz nim umrze, stara się wydać na korzyść gatunku, czy dążeń i ujawnień gatunkowych jak najwięcej owoców, takich, czy innych, a więc i owoców ducha swego. Podobnie dzieje się z drzewem zasadzonem w klimacie niepodatnym dla niego. I tak już mniejwięcej na północ od województwa kieleckiego z jego „Puszczą jodłową" znaną z opisu Stefana Żeromskiego, wprowadzana w Polsce jodła ginie wcześnie. Pierwszym znakiem, że bliski jej koniec, jest utworzenie nadmiernej ilości szyszek, na dwa, trzy lata przed zaschnięciem drzewa i jego śmiercią ostateczną. Przykładem z świata zwierzęcego na to, czem może być bodziec twórczy, pochodzący od choroby tkwiącej w organiźmie zagrożonym, jest n.p. to, co się dzieje z gąsienicą Arctia hebe L. Gąsienica ta przezimowuje u nas. Zebrana w więszej ilości na jesień, przy próbie hodowli w ciepłym pokoju, ginie na ogół, nie korzystając z podawanego pokarmu. Wyjątek stanowią gąsienice nawiedzione przez pasorzyty, błonkowce i dwuskrzydłe, tkwiące w ich wnętrzu w stadjum larw, a wypełzające w końcu z żywego jeszcze organizmu, by się przepoczwarzyć. Z żarłocznej, pięknie wyrosłej gąsienicy, wyprzedzającej w rozroście towarzyszki, pozostaje skóra i naderszały włos. Gąsienica wysila się, umierając, na korzyść hiperindywidualnych celów symbiozy, podobnie jak n.p. zięba na korzyść pisklęcia kukułki, gruźlicą dotknięty poeta, czy muzyk, czy wódz (Antigonos), na korzyść swoich dzieł i czynów. Twórca pojęcia „hiperindywidualnego życia duchowego" Erich Becher, podaje przykłady na działanie soków w zakażonych trucizną organizmach roślinnych przez zwierzęta, w swojej pracy „Die fremddienliche Zweckmässigkeit der Pflanzengallen und die Hypothese eines überindividuellen Seelischen" (Lipsk 1917).[1])

Dalszym czynnikiem ukształtowania się typu artysty jest zapewne i rasa. Inny typ królów i artystów wyda rasa alpejska, albo prasłowiańska, z której pochodził może Piast, a z nim i królowie

---

[1]) Wprowadzając do rozprawy psychjatrycznej przykłady z biologji zwierząt i roślin, korzystam tylko z przykładu stosowanego n. p. w Zentralblatt der ges Neur. u. Psych., notującego dzieła nie tylko z zakresu psychologji ludzkiej, ale i zwierzęcej.

fantazji Słowackiego i Kasprowicza, Grabiec i Marchołt, inny typ wykształtowuje rasa nordyczna, może w kierunku schizotymika, predestynowanego szczególnie w mniemaniu Kretschmera, ażeby ludom dostarczać królów i poetów. W Polsce Nordyjczyk pójdzie śladem Bolesławów Chrobrych i Śmiałych, albo i Batorych[2]) i Żółkiewskich pod Kijów i Cudnów, pod Smoleńsk i Połock, zdobywając grody i miasta w kierunku ekspansji nordycznej, wyśledzonej przez antropologów. W fantazji Krasińskiego Irydjon, syn Amfilocha Greka, rodzi się z Nordyjki, pochodzącej z „Chersonezu Cymbrów". Opinogóra, siedziba Krasińskich, leży na szlaku północno-wschodniego zasięgu Nordyjczyków w Polsce. We Francji stanie się Nordyjczyk może i nie zawsze renegatem ducha francuskiego, jak Gobineau, indywidualista, twórca teorji o uprzywilejowanych rasach, która go stawia tuż obok Fryderyka Nietzschego, zwolennika etyki, którą Marburczyk Cohen słusznie nazywa etyką zwierzęcia krwiożerczego, lecz wyruszy, gdy przyjdzie „godzina" z Gotfrydem z Bouillon i z Baudouinem z Flandrji zdobywać Grób Chrystusowy. Kto wie, rzucam tu nawiasowo pytanie, czy przy uprzywilejowaniu ostatecznem rasy nordycznej nie wymazanoby raz na zawsze muzyki z rejestru dóbr cywilizacyjnych, muzyki, która się wśród Nordyjczyków prawie, że nie krzewi. Mówiąc o muzyce, mam na mysli tę sztukę, która wywodzi się od Greków i od ludów fenickich, czy semickich, od Rzymian, narodów śródziemnomorskich i europejskiego kontynentu, nie przesądzając nic o sposobie wywoływania dźwięków, wzorującym się na afrykaniźmie ludów prymitywnych, świeżo przeszczepionym na grunt Europy z Ameryki Północnej, drogą przez Anglję, bodaj czy nie pod wpływem Nordyjczyków właśnie.

Nie we wszystkiem, nie zawsze i nie wszędzie zgadzają się z kazuistyką układy konstytucyj i uzdolnień ducha w dziełach Kretschmera i jego szkoły. Mimo to sąd Jaspersa o całym stanowisku Kretschmera, że polega na „gadaninie o możliwościach" jest niesłusznie uwłaczający. Nie pozwalając sobie ze swojej strony na żaden sąd o znakomitości obu psychjatrów Jaspersa i Kretschmera, przypomnę, że podobnie, jak Jaspers o Kretschmerze, wyrażał się niegdyś, — śmiał się wyrażać, Kant o Platonie, nazywając wywody Platona „sztuką wielosłownej paplaniny". A jednak mimo

[1]) Batory i późniejszy odeń Napoleon, kroczący także północnym szlakiem Nordyjczyków w Polsce, w pochodzie ku Moskwie, nie byli może wcale Nordyjczykami, lecz przedstawicielami rasy śródziemnomorskiej. —

Kanta, cześć dla Platona, tego potomka królewskiego, który w mniemaniu syna królewieckiego siodlarza latał w krainie idej, jak „gołąb w próżni", trwa niezachwianie.

Przyrodniczo wyszkolony i bezstronny psychjatra weźmie pod uwagę sposób ujmowania zjawisk u Kretschmera, mimo krytyki Jaspersa, jako interesujące zagadnienie, jako stanowisko badacza, dla którego wszystko, zawsze w granicach ludzkiej zdolności pojmowania, może być jedynie, nie tyle „gadaniną", ile omawianiem faktów w kierunku „Jakoby" (Als Ob.), wprowadzonym do filozofji przez Francuzów Augusta Comte'a i Abel Reya, przez Pragmatystów amerykańskich, Neo — czy Pseudohumanistów angielskich, przez Włocha Marchesini'ego, Niemca Hans Vaihingera, Polaków Jana Śniadeckiego i Hugona Kołłątaja, do filozofji medycyny przez Biegańskiego, do psychjatrji przez Augusta Mari'ego i Kronfelda. Cóżby mógł Jaspers powiedzieć o pozbyciu się prawie, że wszelkiej ścisłości, na korzyść możliwości fikcyjnych u przedstawicieli nauk przezwanych dziwnym trafem, z nałogu już chyba, łecz nie z doświadczenia, ścisłemi, a więc u matematyków nowoczesnych, lub astronomów i fizyków i metamatematyków, wyrokujących o kształcie wszechświata, przestrzeni, o entropji, przenoszących doświadczenia ciasnego laboratorjum nie jako hipotezę, jedną z wielu, lecz jako pewnik w świat zagadek i tajemnic absolutu, który zawsze będzie ostatecznym kresem i wędzidłem wszelkiej ludzkiej, arcyludzkiej tylko, lecz nie wszechświatowej względności? —

Jakikolwiek związek istnieje między konstytucją cielesną naszego pacjenta W. B., a rodzajem talentu, dał nam pacjent ten cały szereg obrazków z życia drugich pacjentów, godnych naszej uwagi. Stało się to dzięki próbie, opartej na ogólnym kierunku psychoterapji, uprawianej od lat przez Al. Piotrowskiego[1]) i jego szkołę, polegającej na wynajdywaniu najodpowiedniejszego zatrudnienia dla danego typu pacjenta. Jest to psychoterapja wskazywania najlepszych zadań życiowych, odpowiadających najlepszym duchowym tendencjom pacjenta, terapja duchowa odrywania od myśli o popędach niższej wartości, nierozjątrzania traumatów, jeśli są, nie stwarzania ich, jeśli ich nie ma, za pomocą duchowych za daleko idących dezynfenkcyj i naciskań[2]) rozszerzających często, przy stosowaniu nieoględnem miejsca zakażone w coraz dalsze warstwy du-

---

[1]) Porównaj „Nowiny Psychjatryczne". Rok XI str. 28.

[2]) Loewenstein et H. Parcheminey. La conception psychanalitique de l'hystérie. Léncéphale. 1933. p. 313.

cha, dotychczas zdrowe, a więc i niewmawiania w chorego np. że „sen o dworcu i o hali dworcowej jest związany z pochwą sromową“, że „sen o lesie jest przypomnieniem sobie włosów z okolicy sromu“ itp. Postępowanie takie piętnuje w stosunku do psychoanalizy Freuda i jego szkoły, jak psychjatrom wiadomo, Bumke, w swoim podręczniku chorób psychicznych, u nas np. Jaroszyński, nazywając psychoterapję Freuda „psychoterapją niższego rzędu“. Polakom mogłyby się tu przypomnieć praktyki bractwa Towjańczyków z ich spowiedziami, a szczególnie ich metoda „dociskania“, stosowana do osób chwiejnych, buntujących się. O „dociskaniu“ była mowa, gdy chodziło o interwencję „brata“ Mickiewicza wobec „brata“ Słowackiego. Znamienne są słowa, któremi bronił się Słowacki przed Towjańczykami, a szczególnie przed ich spowiedziami: „W nieomylność Koła nie wierzę i formom, przepisanym przezeń dla ducha, nie dam się stropić, albowiem pragnę być żyw, abym jeszcze dla Boga mógł pracować ostatkiem tchu mojego. Inne z przyczyn wyznałem zastępcy mistrza na t. zw. *spowiedzi*, której ustanowieniu trwałemu także duchem *sprzeciwiać* się będę. Oto jest *veto* duchowe brata waszego.“ Mimo veto tego Słowacki później wobec wyjazdu Mickiewicza do Rzymu, lojalniejsze zajął stanowisko od Towjańczyków samych. Miast być „skarg roznosicielem“ i „podżegaczem sporów“ na korzyść „ciągle żywionej kłótni w kole“ radził „otwarcie i publicznie protestować — że poddanie ducha Sprawy — duchowi teraźniejszego kościoła nie jest ogólnem poczuciem prawdziwego koła, które trwa w Natchnieniu“.— Metody dociskania rywalizowaćby mogły nieraz z wypędzaniem ducha nieczystego, z egzorcyzmami średniowiecznemi, a może i wieczystemi, trwającemi i za naszych czasów pod inną tylko formą, aniżeli ta, której przykłady podaje np. Władysław Szumowski w swojej Historji Medycyny, filozoficznie ujętej.

Jeśli metodę dociskania i związaną z nią psychoterapję łączyć można z pewnego rodzaju *„psychoterapją antyseptyczną“*, to metodę stosowaną przez Al. Piotrowskiego i jego szkołę miałoby się prawo nazwać *„psychoterapją aseptyczną“*. Psychoterapją poniekąd mieszaną, polegającą na wskazaniu wyższych celów przed dociśnięciem, zastosowała na korzyść rozwoju kultury i literatury polskiej Maryla Wereszczakówna wobec Mickiewicza, Ludwika Śniadecka wobec dziecka z czarnemi oczyma, Aniela Załuska wobec Krasińskiego. Chodziło tu o pocieszanie i wskazywanie zadań wobec ojczyzny połączone z rekuzą, o utrzymywanie sympatji i

przyjaznego zrozumienia mimo — rekuzy. Biskup Wiktor powołał się w podobny sposób najpierw na Ducha Świętego, w Ojcu i Synie poczętego, i na Chrzest, apelując do uczucia i dawnych umiłowań, zanim się uciekł do egzorcyzmu w stosunku do Kornelji. Nie tylko Irydjon, Nieboska Komedja, Dziady, Kordjan, ale też ich twórcy przedstawiają ciekawy zarówno, jak i pouczający temat dla uświadomionego psychjatry—patografa.

Z zarzutami Bumkego pokrewne są te, które stawia Klages pisząc z powodu nie tyle Freuda samego, ile niefortunnie sobie postępujących, nie tyle uczniów, ile ciurów szkoły, że wyszukują u ofiar nieoględnych swoich praktyk, jaka to tam „pluskwa-myślątko" (Wanze von Gedänklein) pełznie przez ich duszę, by wykazać wielkie jej znaczenie, by widzieć w niej zaczarowane książątko. Przy przezwyciężaniu oporu u chorych, obrony przed wydobywaniem na jaw przyczyny analnoseksualnej urazu, dochodzi do katastrof psychicznych, albo do stwarzania żywych karykatur. Nieuprzedzony, spostrzegawczy psychjatra napotyka nader często typy, szczególnie u kobiet, w rodzaju Heleny Klepetar (Wirszubski Ocena krytyczna Freuda), przywoływujące nam na pamięć parabolę z Ewangielji o zgorszeniu maluczkich i o kamieniu młyńskim. Wśród mężczyzn zdarzają się typy karykaturalne, wyczekujące n. p. kiedy to nareszcie, — na nowem miejscu pobytu, w jakimś tam Pacanowie, czy na głębszej jeszcze „prowincji", — lekarz zechce rozpocząć upragnione leczenie sposobem Freuda i sprawiać przyjemność przez wypytywanie się o urazy, jakoteż przez wymalowywanie znaczenia snów w kierunku analnoseksualnym. Są bardzo niezadowoleni, gdy to się nie dzieje, tęsknią do dawniejszych powierników, czynią zarzuty, zrazu nieśmiało, szeptem, później głośno i coraz natarczywiej, wkońcu rozwodzą się z całą ironją wyższości wielkoświatowej, czy może tylko wielkomiejskiej, albo „stólicznej", jak to nazwał Norwid, z miną „zachodnioeuropejskiego" bywalca w rodzaju Stanisława Brzozowskiego, jak go przedstawił Stefan Żeromski w Projekcie Akademji Literatury Polskiej. Rozwodzą się gadatliwie i z uporem, oświadczając wobec „regjonalisty" z Gniezna, czy z Poznania, że się ich wcale nie leczy. Czynią to szczególnie, gdy jako długogłowcy z północy, czy nawet tylko krótkogłowcy od Alp, czują się wyżsi od „tępogłowych" zaściankowców danej okolicy, podobnie, jak i ateński Agorakritos wyższym być się mienił od Demokryta z Abdery. Wymieniając tu dla przykładu snobizmu, stanu sine nobilitate, nazwisko cenionego przez wielu Sta-

nisława Brzozowskiego, będącego tylko imiennikiem poety Stanisława Korab Brzozowskiego, idę śladem Kretschmera, a z nim razem m. i. i Hoffmanna, psychjatrów, którzy nie wahali się korzystać z patografij osób znanych w literaturze i w dziejach. O autorze „Legendy Młodej Polski“ pisze Żeromski: „Jeżeli Stanisław Brzozowski zmieniał „charakter literatury polskiej na całe pokolenie“ ze swojego trójnoga, to nie dowód, żeby inni „krytycy“ nie czynili tego ze swych trójnogów, na swój sposób i według swego widzenia rzeczy“. Czyż może psychjatra, stykający się co krok ze snobizmem ofiar nieumiejętnego i zbyt obcesowego leczenia, znaleźć lepszy przykład dla zrozumienia choroby, dla patografji typów, sypiących bezkrytycznie okruchami pomysłów i urojeń „zachodnioeuropejskich“, jak piaskiem w oczy, tym, którzy jeszcze posiadają samopoczucie narodowe, którzy, wierząc samym sobie, nie „wystawiają narodu starożytnego w stanie dziecięcia, które się jeszcze nie nauczyło gadać“! (Jan Śniadecki).

Obowiązkiem psychjatry jest, wydobyć chorego z błędnego koła Edypa i Narcyza, albo Króla Leara (Pauncz. Der Learkomplex, die Kehrseite des Oedipuskomplexes), i to najlepiej niepostrzeżenie, bez dociskań, bez łamania oporu w bezwzględny sposób, bez rozniecania zapalnego ogniska, omijając wszystko, co małe, poślednie i ciasne, na korzyść tego, co ponad małość wyrosło, nakazując zapomnieć o mrocznej przeszłości. Legenda, odtworzona przez Bohdana Zaleskiego w „Przenajświętszej Rodzinie“, o małym Jezusku, rozmawiającym z kapłanami i uczonymi Pisma, a pozostawiającym rodziców samym sobie, rozbija w puch nie tylko kompleks Edypa, ale i problem Ojców i Dzieci Turgenieffa, wybawia z pęt królewicza Hamleta, infanta Don Carlosa, cesarza Fryderyka III, jak i króla Edwarda VII, i każe zapomnieć o ciasnocie życia rodzinnego, jak zapomina ptak o gnieździe i jeszcze bardziej zatęchłej dziupli w drzewie z jej, zapachami, z kompleksem urazów analnowisceralnych tejże dziupli, zdobywszy się poraz pierwszy, ale już ostateczny, na dalsze, skrzydlate wycieczki w słońcu i na swobodzie w pogoni za własną zdobyczą i karmą, nie podawaną już przez rodziców, którzy nawet sami przechodzą owym zaduchem dziupli, jak n.p. znany z tego dudek (Upupa epops L.). Rada zaś, dana przez Marylę Mickiewiczowi, usunie odrazu wszystkie śmieszności Narcyzów, wpatrzonych w obraz swój własny. U Mickiewicza poświęcenie osobistego szczęścia na ołtarzu ukochania miljonów, z przezwaniem samego siebie „miljon“, wyratowało poetę z rozpaczy Nar-

cyzmu jemu właściwego, na sposób „katartyczny", starożytnym tragedjom właściwy, o czem poucza Arystoteles w Poetyce.

Przeciwstawienie „psychoterapji aseptycznej" psychoterapjom antyseptystycznym, nie czyni ujmy zasługom Freuda w kierunku odkrywania psychologicznych tajemnic i ich przedziwnych związków z narządami i gruczołami ciała choćby tylko analnoseksualnemi, które są przecie podkładem, wstępem, do katartyzmów ducha i do podtrzymania i do krzewienia gatunku i do duchowego dziedzictwa, nie tylko areną takiej, czy innej, libido, czy proktofantazji, ogólnej proktofantazji, niezacieśnionej do pojęcia, wynalezionego przez Goethego, a określonego w Fauście na przykładzie „proktofantasmisty".

Sprawiedliwość Freudowi w doniosłych jego zdobyczach psychologicznych oddaje Al. Piotrowski n. p. w przebiegu omawiania książki Very Strasser „Die Denkmethoden und ihre Gefahren" w Nowinach Psychjatrycznych (Rok VII. Kwartał III-IV. 1931). Ostrożne i oględne dociekanie stanu faktycznego w niedomodze psychicznej bez bolesnych dociskań, jest tak samo potrzebne, jak dokładne zbadanie choroby cielesnej, niezależnie od tego, czy się później wybierze drogę psychoterapji anty — lub aseptycznej.

W ocenie działalności w zakresie teoretycznej psychologji u Freuda i jego szkoły trudno się zgodzić na śmiałe i bardzo pewne siebie napiętnowanie psychoanalizy przez Verę Strasser i żądanie, żeby z psychoanalizą, jako „fundamentalnie fałszywą" skończyć, wymieść ją, jak śmiecie z czyściutkiej izby, przygotowanej na przyjęcie uczonych. Tak bezwzględnie, jak Vera Strasser się wyraża, nie wypowiada się naogół nie tylko kobieta, której atrybuten ma być „poddańczy dyletantyzm", ale nawet i mężczyzna, chyba żeby oboje ulegli „regresji narcystycznej" w tem ujęciu, jakie zawdzięczamy psychologji Freuda i jego szkoły.

Pomijając u Freuda jego zbyt jednostronnie podkreślony, prawie nieistniejący kompleks Edypa, darząc większem uznaniem kompleks Narcyza, choć w nieco szlachetniejszem, bardziej uspołecznionem ujęciu — scharekteryzowanem okrzykiem: Nazywam się Miljon —, albo biorąc pod uwagę kompleks Ojców i Dzieci Turgenieffa, albo Mistrza Solnessa Ibsena, zauważyć należy, że życie płciowe, nie tylko jako powierzchownie ujęta chuć, śródziemnomorsko - fenicka libido, czcicieli Bala i Astarty, lecz przedewszystkiem jako odskocznia do przeznaczeń genologicznych rodu, rozmnażania i przekazywania cech swojego gatunku, jest do pewnego

stopnia symbiozą między organizmem jednostki męskiej a własnemi plemnikami, jednostki żeńskiej a zaszczepionemi plemnikami. Pomyśleć tylko, co się dzieje u roślin z powodu symbiozy pylników z zalążnią, z powodu ślubów i godów weselnych i szykowania miejsca godnego tychże godów! Powstaje kwiat, ta przemiana liści w coś zupełnie nowego, innego (Goethe), w czas, gdy się ku słońcu rozwinąć ma „nowość z ducha cudów". (Słowacki). Konsekwencją symbiozy organizmu z plemnikami jest pewnego rodzaju ponadindywidualne życie jednostki z samym sobą, a więc znowu, jak w wypadku gąsienicy z jej pasorzytami, psychizm ponadjednostkowy („uberindividuelles Seelische", Erich Becher). Bodziec twórczy, pokrewny temu który działa po złożeniu jajek pasorzytniczych w gąsienicy Arctia hebe L., albo po nakłuciu i wsunięciu jajek do liścia dębu, lub do gałązki u róży polnej, lub po nawiedzeniu gruźlicą takiej rodziny, jak Słowaccy, tli i wzmaga się w płomień podczas narodzin plemników w dobie pokwitania i trwa przy nadmiarze tychże plemników u mężczyzny i w dalszem jego życiu (Alfons Daudet. Femmes d'artistes),[1]) jako i po zaszczepieniu plemników do organizmu żeńskiego u kobiety. Organizm żeński wyczekuje bodźca, przy niedostarczeniu go następuje to, co nazwać można „regresją", pojęciem wprowadzonem przez Freuda w wyrażeniu poszczególnem „regresja narcystyczna", spotęgowaną tutaj jeszcze przez napróżno i niepotrzebnie „pasorzytujące" i wydzielane jajka czcze i zanikowi przeznaczone, w czasie perjodycznego ich dojrzewania. Płciowość i organizm to jedna z form zbliżonych do pasorzytnictwa, komensalizmu i symbiotyzmu razem wziętych, objawiających się także, jako myrmekofilizm, jak np. u pewnych modraszków (licenid), albo antropofilizm, jak np. u bociana białego, lub u jaskółki. (Hirszfeld. Zagadnienie współżycia drobnoustrojów i człowieka. Odczyt na XIV-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich p. 28).

II.

Dla lepszego uwypuklenia cech psychicznych, związanych z charakterem twórczym naszego pośrednika w osiąganiu „testów psychjatrycznych" zestawię utwory jego z dwoma wydrukowanemi przez Kretschmera w Medizinische Psychologie oraz w Körperbau

---

[1]) Artysta, Wielki Człowiek, wedle Daudeta, jak i ksiądz katolicki, powinien się pono wcale nie żenić. Dla artystów ciasnota własnej rodziny jest zabójcza, jest niekiedy zbrodnią popełnioną na dziele ich życia, na ich przeznaczeń zakonie.

und Charakter, z jednym Wilhelm Busch'a, z drugim Mörikego ponadto z innym jeszcze Emila Verhaerena. Utwór Verhaerena należy do „śpiewów obłąkańczych" (Chason de fou) z cyklu „W krainie widm" (Les campagnes hallucinées). Sądzę, że wyrażenie „śpiewy obłąkańcze" odpowiada tytułom 7 takich śpiewów poety frankobelgijskiego, ponieważ są to śpiewy nie tyle chorych psychicznie, ile odsuniętych od społeczeństwa wykolejeńców, z rodzaju tych o których „głupstwie" pisze Henryk Heine w poemacie Atta Troll, że „gotowi w morze skoczyć, gdy w niem niebo kto pokaże" (tłum. Marji Konopnickiej).

Zwrotka pacjenta W. B.:

Spogląda klecha w obłoki
I kręci głową ze złości:
Dał im postu aż dwa roki,
Ale sam obgryza kości.

odpowiada epigramatycznie zwartej zwrotce Wilhelma Busch'a:

Tam w górach przed jaskinią suszy
Asceta już od lat;
Jest tylko szczątkiem ciała, duszy,
Dyjety ząb go zjadł.

Całość wiersza pacjenta W. B. zbliża się charakterem do przytoczonego przez Kretschmera wiersza Mörikego „Sommerveste". Wiersz W. B. jest jednakże bardziej osobistym i nie tak syntetycznosymbolizującym, jak utwór niemieckiego poety.

W innym wierszu jowialny nasz poeta wybrał sobie za temat dziwnym trafem stracha na ptaki, tak samo, jak czyni to Verhaeren w jednym ze swoich chanson de fou.

Wiersz W. B. nosi tytuł:

ROZMOWA CZŁEKA ZE STRACHEM.

1.

Postawił pan stracha w proso,
Hu! ha! ha! ha! ha —
Miał cylinder, a był boso,
Hu! ha! itd.
Ptaszki stracha się nie bały,
Hu! ha! itd.
Na nim zawsze się zbierały.
Hu! ha! itd.

2.

Raz strach ożył i tak rzecze:

Hu! ha! itd.
Pozwól na chwileczkę człecze,
Hu! ha! itd.
Weź cylinder, daj mi czapkę,
Hu! ha! itd.
Zastawię ptakom pułapkę.
Hu! ha! itd.

3.

Przemądrzały strach powiedział:
Hu! ha! itd.
Gdy ptak będzie w klatce siedział,
Hu! ha! itd.
Weźmiesz skrzydła, a ja tułów;
Hu! ha! itd.
Będziem mieć nie lada połów.
Hu! ha! itd.

4.

Człek od stracha był bieglejszy,
Hu! ha! idt.
Zgodził się na połów lżejszy.
Hu! ha! itd.
Pójdziem strachu do jeziora,
Hu! ha! itd.
Nachwytamy ryb pół wora.
Hu! ha! itd.

5.

Gdy ich wiele nachwytamy,
Hu! ha! itd.
Ludziom drogo je sprzedamy.
Hu! ha! itd.
Będziesz, strachu, miał wnet odzież;
Hu! ha! itd.
Niech nie szydzi z ciebie młodzież.
Hu! ha! itd.

Wiersz jest pełen humoru, choć kończy się melancholijnie. Odpowiada pojęciu zpopularyzowanemu o „śmiechu przez łzy“.

Wiersz o strachu Emila Verhaerena brzmi w polskiem tłomaczeniu następująco.

CHANSON DE FOU.

Widziałem ich, widziałem ich,
Przechodzili po zboczu,
Patrzeli wąską szparą oczu,
Konopne brody mieli nakształt wiech.
Ramiona ze słomy,
Pleco z siana,
Ranni, dziurawi, niezgrana
Rota, z daleka szła, zdziesiątkowana
Przez bojów pogromy.
Miękki kapelusz na uchu,
Kubrak zielony, jak z liścia łopuchu,
Było ich dwu, było ich trzech,
Dziesięcium ujrzał, jako szli od strzech.
Jeden zabrał mi duszę,
A dusza moja, jako dzwon,
Drgnęła w jego kieszeni, gdzie znalazła schron,
Drugi wziął skórę
— Nie mówcie nikomu —
Skóra jak stary bęben,
Bez tonu.
Wieśniak się zbliżył powoli,
Zatknął nas na roli,
Ubrał w łachmany zszarzałe,
Śmieją się dzieci małe.

Jak widzimy, jeden i ten sam obraz służy jako zakończenie w obu wierszach. Ileż bo też ofiar śmiechu dzieci i gawiedzi nie tylko gawiedzi, ale nawet czasem nieuświadomionej, wszystko wiedzącej prasy, ukrywają przed ich niegodziwą i bezlitosną złośliwością nasze zakłady!

Podaję dalsze udane próby, które, jak się już rzekło, potwierdzają spostrzeżenie, że nasz pacjent W. B. odpowiada zupełnie typowi twórczemu, jaki Kretschmer rezerwuje, dla cyklotymików.

Jeden utwór to obrazek tragikomiczny z życia zwierząt:

JASKÓŁKA

Jaskółko! Jaskółko! —
Wołał ją skowronek —
Nie lataj tak w kółko,
Bo złamiesz ogonek. —

— Skowronku! Skowronku! —
Odpowie jaskółka, —
Mam ból na ogonku,
Ugryzła mnie pszczółka.
Więc doradź jaskółce,
Cóż mam z pszczółką robić?—
Przestań latać w kółko!
Czy mamże ją obić? —
Już to strzygieł (sic) zrobi,
Próżna twa fatyga;
W sińce ją ozdobi,
Dopomoże nyga. (gwarowo komar).
I tak też się stało
Jak jaskółka rzekła,
Dość krwi się polało,
Lecz ona uciekła.
Gdy pszczoły widziały,
Że braknie im „merki“[1])
Wszystkie się zebrały:
Dalej do żołnierki!
Jaskółka leciała
Prosto nad ulami,
Gromada pszczół dała
Ognia żądełkami.
Więc jaskółka chora,
Leci do gniazdeczka;
Zaraz po doktora
Posłała mateczka.
Doktor, wróbel stary,
Nie pomógł jaskółce;
Grób jej, gdzie konary,
Leży tam w szkatułce.
Nie mścijcie się dzieci
Na swych żywicieli,
A radość zaświeci,
Pomogą anieli.

---

[1]) Merka, licentia poetica, dość szczęśliwa, jakby w uosobieniu swem zasięgała strefy Kaszubskiej z jej merkami. Merk u kaszubów to znak, bez którego możnaby także stracić orjentację, zgubić swoją sieć trwoniąc czas na jej odszukiwaniu.

Bajka o lwie ma koloryt, jakby ogólnopolityczny:

LEW.

Srogi lew,
Wydał zew;
Zbiegły się stworzenia.
Widać krew,
Rządzi gniew;
Nie ma przebaczenia.

Stworom źle,
Bitwa wre,
Nie wiadomo o co;
Każdy chce
Kłócić się,
A sam nie wie po co.

Kończy się
Bitwa źle:
I lew, król zabity;
Co kto chce,
Bóg sam wie,
Wszędzie kłótnie, zgrzyty.

„Brat nasz koń,"
Mówi słoń —
„Zdolny jest na króla;
Poprzez błoń
Skoczę doń;
Z nami niech pohula!"

„Lepszy dzik",
Gada żbik —
„Wystarczy nam za lwa;
Wyda ryk,
Padnie byk,
Rozlegnie się salwa.

Lew się pasł,
Głodził nas,
Były puste brzuchy;
Idźcie w las,
Póty czas,
Moje drogie zuchy".

Nieco rubaszny jest mazurek, czy kujawiak:

PIOSNKA (w języku gwarowym).

— Łoj dziewucha zy mnie,
Jak gwiozda na niebie;
Mom jo ci na zymbie,
Miły Janku, ciebie,
Łoj dana!
— A zek mnie nie kochos,
To jest wielgo skoda;
I za Jagnum skokos,
Jas sie tsynsie broda,
Łoj dana!
Jagna sobie za to
Z ciebie nic nie robi;
Bieze chłopa w lato
I piynkie sie zdobi,
Łoj dana!
A ty kryncis nosym,
Nibyk pyskim zmija;
Jaguś se z młokosym
Łoberka wywija.
Łoj dana!

Mazurek posiada tę samą treść, co Heinego wiersz o starej, lecz wiecznie nowej opowieści: („Es ist eine alte Geschichte, doch bleibt sie ewig neu“), lub o Pietrku niebogim..

Wiersze patrjotyczne naszemu „poecie“ naogół się nie udają. Nie udają się też wiersze erotyczne. Wyjątek stanowi może wiersz następujący:

Kiedy Cię nie ma wśród lekarzy grona,
Smutno i tęskno jest pomiędzy nami;
Serce węzłami spowite już kona:
Zlituj się Pani, nad temi mękami.
A kiedy staniesz na Swem stanowisku,
Wzmocniona siłą, z której my czerpiemy,
Podasz mi rączkę Swą, celem uścisku,
Gdyż Twojej rączki tak wsyscy pragniemy.
Biała Twa rączka, siły w serce wlewa,
A głos przecudny dodaje otuchy,
Hymny wdzięczności świat cały Ci śpiewa,
Drogą kwiecistą wiodą dobrę duchy.

Wiersz brzmi poważnie i elegijnie. Dla psychjatry służyć może za przykład, jak błogą w skutkach i uszlachetniającą może być rola kobiety lekarki wśród psychicznie chorych.

III.

Po przedstawieniu literackiego typu naszego świadka, podam sylwetkę jego na temat drugiego pacjenta, epileptyka Karola M., zawartą w zdjalogizowanem opowiadaniu o śnie, ciągnącym się przez „miljardy lot", podobnie jak sny pod wpływem meskaliny.

Przygody Karolka.

Napisał pacjent W. B.

Noc długa aż strach!

Godzina czwarta po północy!

U nas jednak, „wrze jak w ulu". (reminiscencja słów z rewji)

Co chwilę dają się słyszeć głośne śmiechy, lub wołania.

Pielęgniarze pełniący służbę nocną, biegają z kąta w kąt, od łóżka do łóżka, uspokajając chorych.

Ma się na zmianę powietrza, gdyż zawsze z powodu tego chorzy są głośni.

Nie mogę zasnąć! Oby najrychlej przyszło rano.

Ja, zda się, najrozsądniejszy z tego pawilonu, żądam spokoju.

Pielęgniarze jednak, mimo największych chęci nie są zdolni chorych uspokoić.

Po lewej ręce leży staruszek, który mówi, że jest ojcem świętym, świętym Piotrem 356.

Parsknąłem śmiechem na całe gardło.

Przyszedł pielęgniarz.

— Żąda pan spokoju, a sam się śmieje na głos.

— Śmieję się, bo mam z czego.

Już się cośkolwiek uspokoiło, więc się zdrzemnąłem

Naraz, szarpie mnie ktoś za koce. Przewracam się na drugą stronę, przecieram oczy, a tu Piotr 356 szepce mi w ucho:

— Synu! Pacierz odmówiłeś?

— A bodaj cię jasny piorun spalił!

— Cóż tam znowu? — woła dyżurny —

— Tu mi przeszkadza w spaniu!

— Kto? Przecież wszyscy śpią?

— Kto? Ojciec święty!

Wtem odzywa się sąsiad z prawej strony: (kuty żyd) Przysięgam, że to nie prawda! Pit-hajrem — panie starszy. Świnty ociec śpi jak kamień.

— A bodaj cię jasny piorun spalił, ty przeklęty żydzie!

— Ty sam żyd!

— No uspokójcie się i śpijcie.

Zdrzemnąłem się powtórnie.

Nie spałem dłużej jak pół godziny, bo żyd z prawej strony obudził mnie i woła:

— Panie! Panie! Cofnij pan to słowo, bo ja spać nie mogę.

— A bodaj cię jasny piorun spalił — wstrętny żydzie.

— Nu i cóż z tego pan będzie miał za korzyść, choć mnie spali?

— Daj mi spokój, niedraźnij mnie.

— A ja nie chcę dać panu spokój!

— Dla czego kwadratowa małpo?

— Bo mi się nie podoba!

— Uspokój się, bo po twarzy.

— A cofnie pan, ten słowo?

— Cóż z tobą robić ty natręcie! lecz daj mi już spać.

— Ale pan nie cofnął jeszcze?

— Już! już i dobra noc.

— Daj Boże szczęście!

Tej nocy jednak, było mi przeznaczonem nie spać dłużej nad pół godziny.

— Nie wiem czy mi się śniło, czy też kto majaczył w gorączce, lecz gdy oczy otworzyłem ujrzałem Karolka, jak stał przy dozorze nocnym z bardzo poważną miną.

— „Gdzie jo to dzisio był! — panie pielęgniarzu —

Wstałem, udając się również do dozoru by usłyszeć coś nie coś od Karolka.

— No i gdzieś był — kochany Karolciu, powiedz nam?

— Powim wom od poczontku!

— No! powiadaj! Słuchamy!

— Widzita! Ta noc, to mi się tak ciongnie, jak całe miljony lot.

— A byłeś dziś w nocy gdzie — Karolciu?

— Jezusie kochany! Toć chce wom powiedzieć, żem był w niebie.

— La Boga! I cóżeś tam robił?

— Nic!

— A coś widział?

— Skorom przyszoł do bramy niebieskiej, zapukołym:

— „Kto tam?“ — pyta jakiś święty w długim kaftanie.

— Jom jest! — powiadam mu.

— Kto? jak się nazywo?

— Jo Karolek! Przychodza ze zimi!

— A po co to przychodzisz Karolku do nieba?

— Jo do Pana Jezusinka!

— Tak późno?

Po tych słowach nadszedł som Pon Jezus i...

— Ale poczem ty go poznałeś — Karolku?

— Poczym — pytosz pon? Przecież musisz o tem wiedzieć, że jak Pon Jezus idzie, to wielgachny blask idzie za nim.

Więc skoro Gu oboczyłem, schyliłem głowa do samy zimi.

— A Un co na to?

— Un se przeszoł około mnie całygu i podoł mi swej świntej ronczki.

— A tyś co zrobił?

— Jo pytosz pon?

— No ty!

— Jom ze strachu nie wiedzioł co mom robić. Trzęsa się niby ten listek na drzewie, kiedy to wiater mocno dmie na niegu, ale nie straciłym głowy, bom Gu haknął w ręka.

— A Pan Jezus co na to?

— Pon Jezusek spojrzoł na mnie, poklepoł mnie po ramieniu i pedo tak:

No kochany Karólku — kiedyś już do mnie przyszedł, to ci muszę pokazać moje królestwo. Wzion mnie tedy pod ręka i zaprowadził mnie swego do świntego biura.

— Niepodobno!

— No mówia ci najprowdziwszom prowda.

— I ładnie w tym biurze było?

— Fajn. Mo takie ogrumne siedzynie, co kto sia podnosi i zniżo, a ino ciągla słychać, fyr, fyr, fyr, tak to siedzynie skrwiyrczy.

Naroz pyto mi sia co bym jo kcioł od niegu — a jo mu mówia:

— Kciołbym kochany Panie Jezusku siednonć na tym wielgachnym krześle.

— To byś ty Karolku nie wytrzymał długo, bo z niego cały świat widzisz i wszystkie ludzkie grzechy.

— O Panie Jezu — jo by jednak kcioł na nim siedzieć, choć minuta.

— No, to już usiądź!

— I usadowiłeś się?

— Tak!

— Prędzej, Karolku! Powiadaj coś widział z tego siedzenia.

— Jezusku kochany! Anim sie nie pomyśloł, że to taki straszny widok ujrza.

Naprzód wchodza cingim do góry po takich małych złotych schódkach, ciągla w góra i w góra, aż zaszedym na siedziynie, gdzie to Pon Jezus zasiodo.

Jagym winc siednył na nim, słyszołgym jak we środku coś zamruczało. Ażem sia podniósł z niego i krzyczał:

— Ratunku! Panie Jezu, bo jo tu na ziemia leta:

— Nic ci się nie stanie! Karolku — szepnął mi w ucho Pon Jezusek.

Siadom winc drugi roz, a trzęsa się cały, jak nagi na mrozie aż tu znowu słysza w środku krzesła: fyr-fyr-fyr — La Boga! Jaż mnie ciarki przeszły.

— O mój Jezusku! Jo tu nie wytrzymia dłuży. Ale Pon Jezus, podniósł rynka do góry i powiado: — Stań się!

W tym, patrzę, a tu pełno ludzi przed mojemi oczami.

Gdzieś tam, w prawym koncie bili się jakieś wojska tak, a ino ta ludzko krew pryskała na jejch pałaszach.

Spojrzołem w lewum strona, a tam jakiś chłop zabijo kobite. Kciołbym sia obrócić w inna strona; nie moga. Kciołbym krzyczeć po policyjom; nie moga. Jezusie kochany! to przecież nie możliwa. —

— O! Święty Panie Jezu — jo już chyba zejda z tegu przeklętygu siedzynio.

Jakurat, jagym wymówił „przeklyntygu“ zaczyny bić pioruny, a siedzynie skwirczało: fyr, fyr, fyr, — a deszcz lał się potokiem tak, że kiedym zeszedł po złotych schódkach na ziemie, byłym calusinki mokry.

— No Karolku, musisz się przebrać.

Grzecznie bym jo prosił Cia Panie Jezu.

— A więc idź do świętego Rocha, on cię przebierze.

Ale kajto jest, świynty Panie Jezu?

— Komnata numer 101, na lewej stronie prochowni, mego królestwa.

I jo znowu pochyliłem sia, jaż do samych stopów Jezuskowych, aby iść potym do św. Rocha. Podnosza głowa do góry i patrza w miejsce kaj stoł Pon Jezus i ażegym sia zdziwił, na miejscu tym nie było nikoguchnu.

Ostołem winc som w świntym biurze Pana Jezuska.

— Ale jo, jak wita, jestym bardzo ciekawy wszyćkigo. Tak tyż i teros było.

Kciołym wyjść, ale zoboczyłgym czerwuny guzik w prawej ścianie, a nad nim główka od umarłygu.

Zaczonym winc dusić z cały siły. Dusza już chwila i dusza, aż tu, puk! puk! do drzwi.

Jaż mnie ciarki przeszły.

Ale to nic! Zawsze jo był odważny, niby niedźwidź, winc i teroz godom, jak to gadają u nos na zimi.

— Prosza!

Pomalu, pomaluśku drzwi się otwierajum —

Patrza! A tu taki mały kłopok idzia prosto du mnia i powiado:

„Wołałeś mnie Najświętszy Panie, przychodzę więc, mimo szlochów sióstr, braci, rodziców i wszystkich mi drogich".

Jo naturalnie, nie myślołgym sia zdradzić wcale, żem to człowiek ze zimi.

Mówia tedy:

— Dobrześ zrobił mój kłoposzku! Idź winc teros na to siedzynie i spojrzy na ziemia.

Ledwo wszed na pierszy schodek, a tu: fyr, fyr, fyr;

— „O mój Panie!" powiado mi —

— „Ja sia obawiam. Coś mnie odciąga".

— Nie bój sia mały! Nic ci nie bandzie.

A winc posłuszny, mały idzie ciągla wgóra tak, jak to jo przed chwilom.

A siedzenie skwiyrczy: fyr, fyr, fyr.

Nareszcie wszedł do góry i siednył, a jo godom, jak som Pon Jezus:

— „Stuń sia!"

Aż tu naroz, zjawia się Pon Jezus i pedo:

— „Chciałeś, by się stało! — A więc — Stań się —!.

I znowu krzesło zaczyno sia zniżać i skwiyrczyć tak mocno, że choć uszy palcami zatykołem, wszystko słyszołgym.

— Fyr, fyr, fyr w takt bembna tegu cok to na mojym weselu bembnili muzykanty.

A pioruny bijum, a dyszcz sia potokiem leje, a błyskawice oświecajum niebo i zimia, a mnie ogrumny strach bierze, że ino sia trzynsa, jak ten nagi w pokrzywach, albo i na mrozie lub tyż jak tyn listek na wichrze.

A kiedy tak drżałem na caluśkim niebie kulało się coś. A chłopok wciąż siedzioł u góry na siedzyniu i było mu dobrze.

— A czemu chłopcu było dobrze, a tobie źle — Karolciu?

— Nie wisz pon tegu?

— Ano nie wiem!

— Bo un był już duchym, a jo człowiekiym.

— Ach, dla tego!

— No ino posłuchoj dali!...

Tedy jak zaczyno coś rombać w ściany, jak mnia ogromny strach zdjon, pomyślołgym, by uciec na drugi kuniec nieba.

I już brołgym nogi za pas, aż tu Pon Jezusek pedo:

— Nie bój się! — Nic ci się nie stanie, i w tyj chwili oboczył, że siedzynie jest zajynte przez małygu chłopca.

— A to co? pedo, Nojświętszy Pon Jezusek. — Skąd się tu wziąłeś mały?

— A z ziemi Najświętszy Panie! Wołałeś mnie Panie, więc mimo szlochów braci, sióstr, rodziców i wszystkich mi drogich, przyszedłem do Ciebie.

— Jam Cię nie wołał!

— Ktoś jednak mnie wołał! Najświętszy Panie.

— Przekonamy się i dowiemy kto.

— Teroz, Pon Jezusek podniósł rynka i pedo:

— „Dość deszczu"! Natychmiast przestało padać

— A potym znowuk, godoł do grzmotu:

— „Niechaj burza umilknie i pioruny bić przestaną".

— I stało się to!

— Potem obrucił sia do słońca i pedo tak:

— „Grzej wszystkim i wszystkiemu".

Skoro więc słońce zaświyciło, Pon Jezusek rzek du nos

— „Ty mały zaczekaj tu na mnie, a Karolek pójdzie zemną.

Wzion mnie tedy pod ramie i prowadzi, jak sia domyśliłgym, do Kostusi (tak nazywają śmierć w niebie). Nasamprzód przechodziliśma przez ogromną salę, w której były całe rzędy ogromnych książek.

Jo, jakto wita, jestem bardzo ciekawy, winc sia zapytołgym: A na co te wielgachne ksingi, Panie Jezu.!?

— Tam są zapisane wszystkie grzechy, każdego człowieka — odrzekł Pon Jezus.

— A czy i jo mom tyż takum księge?

— Ta zielona, to twoja.

— Kciołbygym w nię zaglondnąć mój kochany i świnty Panie!

— I na to ci zezwalam!

Wzionem tedy zielunum księge i czytom zaros na pierwszy strunie:

Narodzonemu chłopcu dano imie Karola w świątyni katolickiej,

— Potym, przewrocom trzy karty od razu i wlepiom oczy co tyż tu bandzie.

czytom:

Mały Karólek krnąbrny, nieusłuchany i wymagający.

— Nie przypumniołgym sobia nic takigo, winc mówia do Pana Jezuska;

— Jo o niczym nie wim Panie Jezu, winc może jaki świnty sia pomylił?

— Tu się nikt nie myli, a to co stoi jest prawdą, którą napisał twój anioł stróż.

No! A teraz pójdziemy dowiedzieć się do Kostusi, kto wołał chłopca z ziemi do mnie.

Szłym winc sobie, z największym Panem, pod ręka, niby drugi pon.

A jaki to wielgachny blask szeł za nami, że kaj oko skierowołgym, tam dużo jasność biła.

Ino mnia ogromny strach znowu zdjon.

Żeby to choć Kostusia tak scyganiła. Ale kaj tam! Ona we większym strachu jak jo.

Nareszcie zaśliśma na taki długachny plac.

La — Boga! — mowia do Jezusieczka — Kaj my tu przyśli? To niby jako Hameryka.

„A byłeś ty Karolku w Ameryce?“

Gdzie — ta! Jo ino tak godom, jak moja matula godała. Ale słuchaj dali:

Tedy jagym sia Pana Jezuska zapytoł co by-to był za plac, ujrzołgym, na samym, na samym kuńcu tygrysa.

— „A czy tak samo wyglądał jak tn na ziemi?

— O mój Jezusieczku! Toć piyrsze widziołgym gu w niebie.

— „A skąd możesz wiedzieć, że akurat był to tygrys, a nie słoń lub wieloryb.

Toćgym sia samygu Jezuska pytoł! — Powiadoł mi, że to tygrys przed potopu.

Ale jagym ciekawy, takym cimny.

Pytom sia tysz zaro Jezuska coby to było — „przed-potopu".

Potop to była kara wymierzona przez ojca mego, na ludzkość całą — odpedzioł Pon Jezusek.

Ale — gym sia wincy nie pytoł, bo mi sie Kostka przyboczyła.

I jaż mi ciarki przeszły po coluśkiym grzbiycie.

Nareście ześliśma do jedny chaty w koncie nieba, gdzie miała być ta przeklynta Kostusia.

I jagym jeno sia pomyśloł to jedno słowo „przeklynta" to jaż mnie znowy strach zdjon, bo choć byliśma daleko od krzesła świntygu, to-gym wyraźnie słyszoł jak skwiyrczało, fyr, fyr, fyr, a dyszcz znowy się potokim loł, a pioruny jaśniste trzaskały a ino trach, trach, jakby z wielki harmoty na wojnie.

— O mój św. Jezusieczku — mówiła do Niegu — To już chyba kuniec świata sia robi.

— Koniec świata Korolku, będzie o wiele straszniejszy.

Aże mi włosy dęba stanyły.

Ale kiedy tyn nojmondrzejszy Pon Jezus widzioł, jak sia trzynsa na całym ciele, podniósł ręka nad moja głowa i tak godo: „Stoń sia"!.

I skoro to wygodoł tagym zjechoł na ogromny windzie do piekła.

Ale co to za przeklynta droga z tegu nieba do piekła, ażeby jom jaśniste rozniesły.

— No to powiedz nam coś o tej drodze!

— Zaros! zaros! Ino poczekoj. Jada, winc tak pryndko, że by mnie piorun nie zdogonił.

Pore chwil, jagym jechoł przez niebo, to mi szło. Ale kiedy zajechołgym na pola djabelne, to jaż mnie znowy ciarki przeszły.

Teroz już ciymności wkoło, a zdaleka słychać trzask łańcuchów i ryki niby w cologu.

Zajechołgym nareście przed te, przeklante wrota od piekła.

Zeszedgym winc z windy i coś mnia ciongnie do bramy.

A taki siarczysty goronc, że ino pot obcirać i sznyptuchy suszyć.

Jagym tedy zalos, zapukołgym.

O Materyjo — powiadom wom, że choć naprzód strach miołgym, teros śmioć sia musiołgym.

„A to czemu — Karolku?".

Ha! ha! ha — bo jagym obaczył to tak sia musioł śmioć.

Widzita! Rychtyk trafiyłym jak djabły walili, połkami gumowemi, jednygu hamerykuna.

A za co, — nie dowiedziałeś się?

Zaros powim!

Ida tedy do jednygu kulawygu djobołka i godom tak!

Kochany panie djoble.

A nie obawiałeś się zbliżyć do niego?

Kaj tam! Przecie — gym skrod z nieba świncunom wode.

Jakto Karolku! To w niebie wodę święcą?

Świncić nie świncum, a ino som takie wielgachne jynziora, kaj to można nabrać caluchne beki.

Tak, to co innego!

Tedy jagym mu pedzioł — kochany panie djable — jak un sia uradowoł, jak kozła wywinył, a tak się śmioł a że ino ta brama sia trzynsła, jak tyn inżynier w malaryji.

A od tegu śmiechu, wszyćkie djobły zbladły i w konty pouciykały.

A jak-ym widzioł, że to z niym godać nieidzia, to-gym polos dali.

Ida, ida tedy długom siniom do samygu lucypera.

Ale tyż paskudny goronc w ty dziura, a ino woda kapie zymnia bo obcirać nima fco, bo sznyptuchy wszyćkie mokre.

Wala sie tedy prosto na kuniec piekła, kaj mo swoje biuro som pon lucyper.

Przychodza pode-dwiery, stoji warta.

Chca wliść do środka, a ten przeklanty mały djoboł nie puszczo.

Mówia mu tedy:

— Kochany panie djobołeczku młody, jo by kcioł prosić ła-

dnie, żebyś mnia puściył do pana lucypra.

A un wycharczoł z dziesięć razy „Niewolno“ „niewolno“ —

Powiadom mu tedy:

— Ty przeklanty djoble rogaty!

A czy miał rogi — Karolku?

O materyjo! Toć to kużdyn djoboł mo.

I jagym mu to pedzioł, a świnty wody pokozoł, a pogroziył gałązkum pieprzu z nieba, tak un zaros mnia wpuściył.

— A ty skont? Godo som lucyper.

— Jo? Windum z nieba!

— Człowieku czy ty wisz, że tu stond nie wyndziesz?

— Jo, wynda! panie lucyperze.

— Ja ta nie żadyn lucyper!

— A jeno co?

— Jom jest ksionże piekła — pedzioł mi tyn smoka łep.

A jak-em mu godoł, że nie wierza, tak un kozoł wszyćkie djabły zwołać i mnia skozoł na madejowe łoże i to miała być kara, za to, że niewierza.

— Powiedz Karolku, czyś widział to łoże Madeja?

— Toć mnie wszyćkie djabły rogate, kulawe i garbate zawlekły tam, gdzie uno stało.

— I jak wygląda?

— O święty Jezusku! Toś pon nie widzioł jeszcze?

Przecież jam w piekle nie był!

Naprawde (Tu Karolek, dziwi się bardzo).

No to posłuchaj dali:

Wziyni mnia tedy i zawlekli do jakiejś śmierdzącej budy, gdzie było Madejowe łoże.

Ale miałeś przecież święconą wodę i gałąź pieprzu niebieskiego.

Ale im jeszczy nie pokozołgym bo czekołgym jaż mnia bandum kładli na nie.

Patrza tedy, jak wyglondo to djabelne narzyndzie; alem sia zdziwiłgym, takie to było straszne.

A że mi znowy ciarki po ciele przeszły, a włosy dymba stanyły ze strachu.

Patrza na nich, a une w śmiech, a kły djabalne z pysku wyszczerzały, a mrugały i z boku na mnie patrzały.

Tedy jagym tak stoł, nojstarszy djobołek pedo.

„Połóż się na Madejowe łoże,

Gdzie są same brzytwy, noże."

. . . . . . i ze dwadzieścia djobłów mnia obstompiło, bo nie chciołgym wliść na nie.

Tedy jak du mnia przystąpili, wyjmuja swincunum woda i kropia na jejch pyski Ha! ha! ha! —

A było sie śmioć z czegu! Cofnyli sia odymnia o jakie dziesinć kroków.

Ale som pon lucyper kcioł pokozać co może.

Przyszoł winc do mnia i kcioł mnia zdzielić przez epetyne. Ale skoro przyszoł, tak jo wyjon gałonź pieprzu i grzmotna gu bez jegu łep djobelny.

Teros wszyscy pouciykali.

Nikoguchna nie było, jakby caluśkie piekło miełłum wymiut.

Poszedgym winc jeszczy roz do kancelaryj pana lucypera.

A kiedy tak ida, a ida, to świnca na wszyćkie struny aż zaszołgym do djabelnygo biura.

Wchodza — nima nikogu!

Patrza — a tam w kuncie przy ścianie jest uwieszuno tromba.

Zdejmuja tedy owum trombe i graje tratatata! tratatata.

Patrza a' tu pełno djobłów z pikami stoji przed dwierami biura.

Tedy jo wyszed du nich i tak godom:

Panowie djobły! Jak widzita jezdym mocny tak samo jak wosz pon lucyper.

Rozkazuja wom tedy przyszykować winda i mnia wewindować nazod do nieba

Tego my zrobić nie mogyma odpedzioł pon djoboł, nojstarszy.

To musita mnie puścić na ziemia.

To co innegu!

Nu! To pokożta, kaj jest droga na naszum — zimia?

— Tam, na prawo, tą uliczką wąską.

Teros kozołym jym iść do duma, a som zaczunym świncić i iść na zimia.

Ubiegła godzina a jom sia znalos na naszym gruncie.

A — żem se odsapnył porzomnie, a — gym sia ucieszył jak nigdy.

Zaro — gym poszoł do duma a potym do ksindza i mu wszyćko pedzioł.

Mocno się dziwił?
Niby kto?
No ksiądz! No powiadaj dalej, Karolku —
A co byś ty wincy kcioł? Przeciek to już kuniec.

Przygody Karolka — Część II.

— Karolek przebudził się dzisiał bardzo wcześnie, to też chcąc by się o tem wszyscy dowiedzieli, wykrzykuje na całe gardło, „Materyjo! Toż to jeszczyk czworty nima, a jo-gym myśloł że to już bandzie wkola frysztygu.

— Wszyscy śpią! Nikt nie zwraca na niego najmniejszej uwagi, ja tylko, jak zawsze zresztą, słucham Karola z natężeniem.

— Ludzia! Czegoj spita wy sakramynckie dutki — Wstawajta! Bo wom wleja na głowa wymbór tinktura waleryjana. Wy hycle zaklynte, wampy zatracone, bestje z piekła ciymnygu, czy wy mota pojincie kaj jo dzisio był i z kiym jo godoł?

— No powiadaj gdzieś był, a nie przeklinaj ozwał się głos tu i owdzie.

— Kaj pytota? Wy młócki bydlynce! Dajta lepi papierusa bo jaż mi w pysku pisko.

— Cisza!

Karolek zaczyna zatem swą codzienną litanję, która pobudza nas do śmiechu.

„Tinktura walerjana, tinktura dygitali, mikstura solvenc, liqua pektoralis, pianta forma zignora, przytem rżnie pięścią „tromel — feuer" na stole.

Chcąc Karolka wprowadzić w trans, trza było go bardziej rozdrażnić.

Nakryłem się kocem i naciągnąłem najboleśniejszą jego serca strunę.

Trza wiedzieć o tem, że kiedy Karolek bywa podniecony, nazywa każdego z nas „Pieronie, młócku, dutku, lub tym podobnie.

Ja więc, nakrywszy się, wołam z całych sił:

Pieronie! A hyndy-ryndy, kyndy-ryndy żeś tu wlos!

Na te słowa Karolek chwyta za nogę od łóżka, spogląda przez sufit w niebo i wrzeszczy:

Materyjo! Bo jak ci pizdna tum giyrum łod wyra w kał-

dum, to żywy nie wstaniesz.

Na ten krzyk wszyscy prawie głowy popodnosili i pytają co się stało.

— Dajcie Karolkowi papierosa, bo go płuca swędzą.

— Pierona! A kto to ci pedzioł, że mnie płuca swyndzum.

— No tyś mówił.

— Czegoj cyganisz, dutku zaklynty!

— Chcesz papierosa — ? powiedz!

— Czegoj sia pytosz!

— Bo nie wiem czy chcesz?

— No tuż dawoj!

— Masz!

Kiedy Karolek zapalił papierosa i rzekł:

Pieroński młócek, nikoj mi tak nie smakował jak dzisio.

— No widzisz, bo to odemnie!

— Materyjo — ale dobry.

— No to opowiedz teraz, z kim rozmawiałeś i byłeś dzisiejszej nocy?

— Za tegu papirusa to ci jusz musza powiedzieć. Ale tyż bestyjo dobry, a-że ze sidym takiych móg-bym skurzyć.

— No opowiadaj nareszcie!

— Już! Już! jeno dawoj jeszczyk jednygu na późni.

— Dostaniesz, jak opowiesz.

— No to posłuchoj!

Kiedy-gym rozwar ślipia, spoglondnyłgym na zyngor.

Była rychtyk druga godzina.

A że to było jeszczyk rychło, a mnia spać sia kciało bo jaż mi sia ślipia zawiyrały, przewróciyłgym sia na drugi bok i społgym dali.

Piynkny łobroz przewoloł przed mojymi zamkniyntymi ślipiami.

— Jaki tam znowuż obraz — ?

wtrącił Jarosz.

— Jaki — ? To ty wampo nie wisz kto jo jesta?

— No ktoś ty jest — ?

— Jo-gym jesta Bogiym — Synym — pieroński dutku.

— Czego się denerwujesz — Karolku?

— Czego jo sia denerwuja — ? Toć to wszyćcy dawno ło tym wiedzum, jedno tyn zatracuny hycel nie wi kim jo jesta.

— Czemuś taki zły na Jarosza — powiedź prawdę —? wtrą-

cam się.

— Bo jogym poszoł do tego młócka po papirusa, to mi kozoł powuniać, pierońsko wampa.

— No toć Jarosz sam nie ma co palić więc nie może ci nic dać.

— Nie łopłata ani łu nim godać!

— To prawda! opowiadaj zatem dalej swoje.

— Tedy jak mi sia tyn łobroz przed łoczami przewołoł, pokozoł mi sia Bóg Ociec i pedo:

— „Chodź Karulku za mnum do nieba".

— Tedy skoro to pedzioł, z wielgachnych zowios brama rajsko sia rozwarła i wszedliśma do nieba.

Wszyćcy świńci łod downo mnia już znali, wiync tyż żodyn sia nie dziwowoł, że jo to z Bogim chodza po niebia.

Pon Bóg-Ociec wprowadziył mnia do swoja koncelaryji i pedo:

— „Ty Karólku łubisz mojych świyntych malować wiync kciołym ci dać wołówków bo ty ciongla malujasz jych po zimi.

Tedy jo pedom panu Bogu:

— Kochany i nojświyntszy panie Boże Ojcze! Na co moma tracić pieniądze na wołówki, kiedy i tak można dobrze malować na twoji świynty zimi.

— Kiedy widzisz mój Karolku, peda znowu pon Bóg — wszyćcy łudzia depcum po tych świyntych a to mi sia łogrumnie nie podobo. Dom ci wiync pora wołówków rozmaity farby i pora kawołów papiuru żebyś mógł malować i mnia przynosić.

A po cóż jo panie Boże, mom Ci to przynosić — ?

— Bo chcę dać to mojym świntym na pamiątkę.

— O mój najlepszy Boże — Ojcze — zymnia to taki kiepski malosz.

— Karolku nie drwi sobie zymnia, bo cia moga skorać.

I skorusinko wyrzek to, zaczyno sia błyskać tak, że jeno te świynte stołki w niebie calusienkie było widać.

Ciymność łogrumna zrobiła sia na caluchnym niebie.
Dyszcz zaczun kropić nibyto łot niechcynio najprzód ale późni jakoj znik mi z przed ślipiów pon Bóg, zaczyno loć jak z cebra.

Jo-gym mioł strach wielgachny, wiync skryłym sia pod jedyn świnty stołek.

Ale ja-gym spojrzoł w góra i ujrzołgym głoski co to znaczyły, że tyn stołek do samygu pana Boga noleży, to jaż mnia pot

łobszed po całym ciele.

Pomyślołgym sobia tedy, żeby jaknojpryndzy uciyc z pod tego stołka, aż tu nagle słysza, coś w koncie.

Niby godanie, niby spiywanie.

A w tym jak sobia myślołgym, pieroński pieron, trzasnął w kola mnia.

Tedy jo krzycza — O! Panie Boże Ojcze! bo mnia złe duchy łopyntały! Jo sia tu umra chyba łod strachu!

Pokoż sia kochany Boże i wybow mnia z ty djabelny izby.

O la Boga! Żebyśta pieronki widzieli co to sia robiyło.

Stołki sia przewracały, dywany sia same zawiyszały na drongach i to mnia dziywiyło nojbardzi, że szczypliny same trzepały.

Tak przesiedzioł-gym pora minut, aż sia zrobiyło wszyćkiygu fertig.

Potym ja-gym wyszoł z pod stołka zoboczyłgym na stole u pana Boga kawały papiuru i łoziym kolorowych wołówków.

Patrza tedy na te wołówki i chca je sobie wzionć ale boja sia.

I tak chwila medytuja, aż tu naros włazi ktoś do izby bogowy.

— Bądź pochwalony panie nojświyntszy!

Niechaj tak bandzie po wszyćkie wieki — łodpowiedziołgym tymu co przyszoł.

— Jo tu panie Boże ze skargum do ciebia.

— A łocóż to idzia?

— Jo już tu wczoraj był u ciebie, alek wyglondołeś jynakszy.

To ty pierunku nie wisz, że jo sia moga zaminić w co bądź!

I ja-gym mu to pedzioł, zrobiło sia znowu dycht a dycht ciymno.

Patrza kaj sia podzioł mój kompel, co to mnia za Boga trzymoł, ale gu nikoj nie było.

Tedy-gym spojrzoł na tyn stołek co tok som Bóg Ociec siodo i zoboczyłgym dwa rozpulone ślipska nikoj u czorta przeklyntygu.

— Jezusku! Ratuj mnia z ty łopresyj kiedy twój ociec nie chca.

I ja gym to zakrzyknył przyszoł wielgachny czort z lancum.

— Jaka wielka była ta dzida – Karolku?

— Toż to tako wielgo, że siyngała łod ziemi do nieba.

— A ostra to już była chyba jak brzytwa —? Co, Karolciu?

— Co? Ho! ho! ho!, Łuna była sto razy łościejsio łod brzytwy

— No i na co ów czart miał dzidę?

— Tyn zatracuny młócek spojrzał na mnia i wzion mnia na pika.

— I cóż, i cóż Karolku?

— Ta wampa zaklynto wdrymlowoł mi pika w kałdun i z jakum godzina, drymlowoł w bebechach.

— A ty co na to?

— A jo co na to — pytosz?

— No tak! Przecież to cię musiało strasznie boleć...

A ty myślisz, że nie bolało? Jezusku Nazareński przecież dosyć długo mi w bebechach ramplowoł.

— A krew leciała ci?

— Jak woda z łokapu!

— Toć ty już Karolku niepowinneś żyć!

— A czy myślisz, że jo żyja?

— No przecież to jasne, że żyjesz, inaczej byś z nami nie rozmawiał.

— He! he! he! Mój ociec nie żyja a tyż godo z ludziami.

— To ty masz jeszcze ojca?

— A coś ty myśloł?

— No dobrze, Karolku — Wiele sobie liczysz lat?

— Jo skuńcza na jesini sześdziesiontłoziym lot.

— A wiele ma twój ojciec?

— Hu! hu! Mój ociec mo dużo lot.

— No wiele?

— Nojmni milijon.

— Czyś ty oszalał, czy co?

— Głupi pieronku nie wierzysz?

— Przecież nigdzie, na całym świecie nie ma człowieka który ma miljon lat!

— Ale mój ociec mo! A kto wi czy nie wiyncy.

— A powiedz nam Karolku, gdzie mieszka twój ojciec — ?

— A kaj mo miyszkać —?

— Chyba nie na ziemi —

— Przecież łun miyszko wszyndzia!

— Jak to wszędzie?

— No w niebie na zimi i na kużdym miejscu!

— Czem w takim razie jest twój ojciec?

— To nie wisz tegoj?

— Nie!

— Łun jest Bogiem Ociecym.

— A ty?

— Jo jesta Bogiym — Synym.

Wtej chwili Karolek blednie, wywraca się, podtrzymywany przez pielęgniarza na posadzkę i dostaje ataku epileptycznego.

— Po napadzie, Karolek zupełnie wyczerpany położył się do łóżka.

Było śniadanie! Nakłoniliśmy go, by zjadł kawałek chleba, co też uczynił. Po spożyciu śniadania, czuł się lepiej. Nie wiem, co tak dobrze podziałało, czy chleb, czy też pastylki gardenalu; wiem jednak to, że po upływie kilku minut nasz Karolek narysował na ziemi w ogrodzie, całą galerję świętych pańskich. Widząc go zajętego tak, podszedłem z tyłu, kładąc mu rękę na ramieniu.

— Co to za ludzi malujesz?

— E! to przecia nie żodne ludzia!

— A kto?

— To som świnte z nieba!

Chcąc więc przekonać się o tem, czy jak maluje, zgóry wie kogo, pytam wskazując patykiem na jedno malowidło.

— Cóż to za święty?

— To św. Junek?

— A ten obok?

— To jesta świnty pońskі iminiym Jyndroch.

— A ten na końcu?

— To jest Kuba! Tyn som cok to mi w niebie doł wołówki łod Boga — ocieca.

— Acha! prawda! Dobrze, żeś mi przypomniał. Toś jednak dostał te ołówki od Pana Boga — co?

— Anuż dostołgym!

— Wiele?

— Łoziym!

— I gdzie je masz?

— Niby pytosz kaj je mom?

— Tak!

— Anuż w kiesini!

— Pokaż, jakie one są?

— To nie widzioł-geś jeszczy?

— A kiedy miałem je widzieć?

— Wczoraj-gym pokazywoł.

Tu Karolek wkłada rękę do kieszeni, z której wyciąga ołówek zwykły; który mu darowałem przed godziną.

Nie chcąc go drażnić przyznałem iż ołówek ów dostał od Pana Boga.

Skierowałem wzrok na ziemię, na której ujrzałem malowidła świętych.

Chcąc mieć pamiątkę od Karolka, namówiłem go, by narysował mi św. Klarę i Jana Chrzciciela na papierze.

Upierał się z początku, lecz później dał się namówić, no i zrobił podobizny, podobne do tych św. w niebie, których Karolek widział.

Prawie każdej nocy wędruje nasz Karorek po niebie.

Ma też swego wiernego towarzysza w postaci małego pieska, którego darował mu, wedle jego własnego opowiadania św. Idzi. Z tym to pieskiem obchodzi całe niebo.

A kiedy Karolkowi zechce się widzieć naszą planetę, wówczas wchodzi do kancelarji swego ojca, (Boga-ojca) wchodzi po złotych schodach na wielkie krzesło i patrzy z niego na ziemię.

Nie lęka się już więcej swego krzyku, który słychać wewnątrz świętego krzesła, lecz wchodzi odważnie i siada upoważniony przez Pana Boga.

Nasz Karolek jest co noc wszędzie.

Każdego więc ranka opowiada historje niebywałe.

Co nocy obejdzie więc niebo i piekło, a w dodatku całą kulę ziemską.

Zakazanem jednak jest Karolkowi wstępować do czyśćca.

Dlaczego? — Na to nie umie odpowiedzieć.

Karolek mimo wszystkich chorób jakie bywają u niego, czuje się zupełnie szczęśliwy,

Jest mu w lecznicy dobrze, a to dla tego, że nocami wędruje.

Nie życzył-bym jednak tego szczęścia najgorszym moim wrogom.

Koniec.

Prócz powyższego djalogu dostarczył nam pacjent W. B. kilku przykładów rymowanych, własnych tworzydeł chorego K. M., pochodzącego ze Śląska, mówiącego ślązkiem narzeczem, z domieszkami, spowodowanemi jego wędrówkami.

Przytaczam tu jedno z nich jako najdosłowniej oddające sposób wypowiadania się pacjenta K. M.

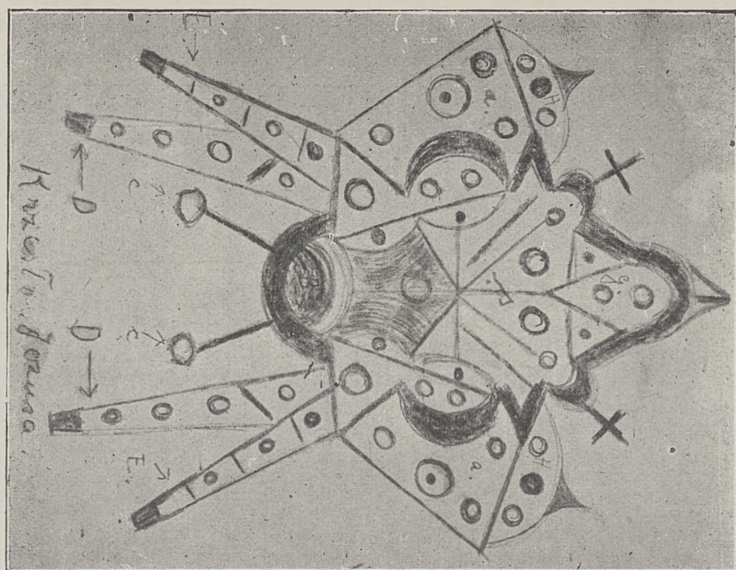
„KAROLKA WŁASNE SŁOWA O BOGU"

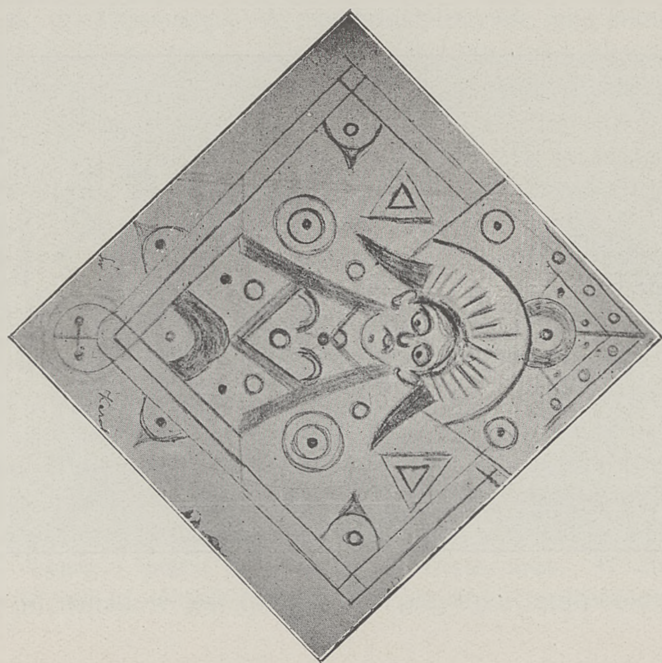
To sia do kupy skłodo
I tyż sia do kupy wjodo
I sia tyż z Bogiem hyto
I do kupy czyto.
Wszyscy są łod Boga stworzuni
I w tyn świat tu położuni;
A kto w Boga wierzy,
Tak go Bóg do wszyćkiego przymierzy.
Bóg cia weźmie na swój sąd
I ci wszystko wyjawi
I w twoje wierne łoczy postawi;
A wierzysz w Boga,
To żyjesz na wieki
Za jedne sprawiedliwe człowieki.
Bóg cia łosądzi
I do wszyćkiego przybondzi.
I z Bogiem wszyćko przeczytosz
I z ksiyngów wyhytosz.
I sia hycisz jedny Boży mynki;
A potem dosz rynki;
I Bóg ci wszyćko postawi
I przed twoje łoczy wyjawi.

Na własną rękę popisuje się pacjent K. M. rysunkami tego co widuje podczas swojego snu w niebie i piekle. Są to najczęściej święci i święte. Wyrysował też i krzesło Jezusinka, na którem siadał. Rysunki świętych u K. M. posiadają pewne cechy ginandryzmu (ginandryzm i androginizm odgrywały rolę w kosmo-i teozofji szewca śląskiego Jakuba Boehme). Niektórzy święci przedstawiają typy jakoby feldfeblów pruskich z odpowiednio nastroszonemi na sztywno wąsami. Są to postacie wyglądem swym nieskojarzone jakoby z pojęciem świętości. Dysharmonja ta rysunkowa między formą a treścią odpowiada słowom, wypisanym z kajetu pewnego schizofazyka, znajdującego się także w Dziekance na kuracji:

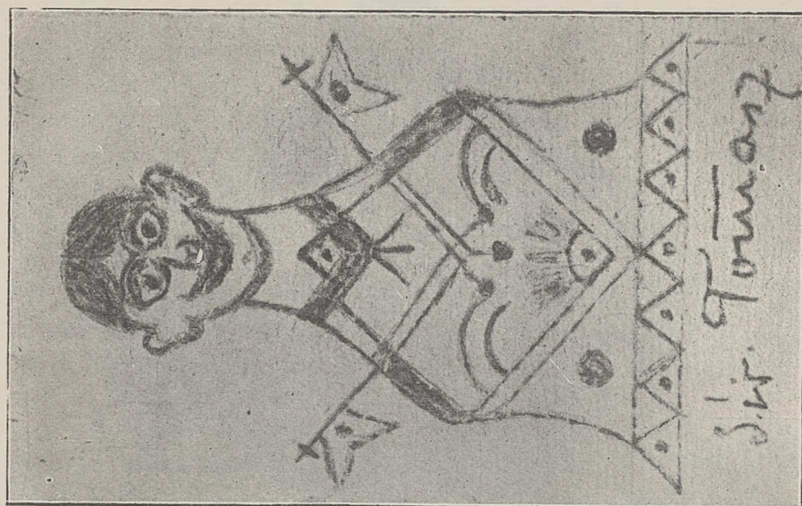
„Śmiałem mieć widzenie święte (najświętsze), cudowne, piękne, wczoraj wieczorem: świętą (najświętszą) cudowną postać pana rotmistrza, który jest tu wysokim urzędnikiem w biurze..."

O schizofrenijnem zabarwieniu stanów padaczkowych pisze n. p. C. Schneider w Psychologie der Schizophrenen. (Lipsk 1930).









Rysunki naszego epileptyka podają typy i przedmioty przedmiotowo, bez podkreślenia akcji. Tem samem różnią się zasadniczo od rysunków, zawierających całą opowieść, cały przebieg snów podanych przez prof St. Borowieckiego w pracy „Sen a całokształt życia psychicznego" umieszczonej w Roczniku Psychjatrycznym (Zeszyt XXI. 1933 str. 11-27).

IV.

Dla uzupełnienia uwag i spostrzeżeń zawartych w pierwszej części mojej pracy opiszę stan obecny i przebieg choroby obu pacjentów, epileptyka K. M. i psychopaty B. W.

1. Pomiary budowy ciała u K. M. przedstawiają się następująco:

Waga wynosi 60 kg., wzrost 158 cm.; szerokość czaszki 15,3 cm., długość 17,6 cm., obwód 55,5 cm. Twarz ma kształt owalny, usta są wąskie wciągnięte z powodu braku zębów, nos jest prosty; szerokość jego 2,1 cm., długość 3,8 cm. Płatki uszu są wolne. Uwłosienie głowy jest rzadkie, zarost jest słaby, owłosienie ciała nikłe, sromu męskie. Zasiąg rąk wynosi 149 cm., długość ramienia 22,8 cm., przedramienia 24,6 cm., długość kończyny dolnej 67,0 cm. objętość piersi 86,0 cm., brzucha 91,0 cm., szerokość pleców 38 cm. miednicy 32 cm, objętość ramienia 22,8 cm., przedramienia 24,6 cm.

K. M., przedstawiający się nam konstytucyjnie, jako piknik, urodził się 18 kwietnia 1885 r. Za przyczynę powstania choroby podaje się uraz głowy, po którym pozostała w okolicy czołowej po lewej stronie blizna podłużna, długości 3 cm, zrośnięta z kością w tem miejscu zagłębioną. Neurołogicznie pacjent wykazuje jedynie brak odruchu gardłowego. W czasie i miejscu nie zawsze się, zależnie od stanu podniecenia, orjentuje, operacje rachunkowe rozwiązuje często mylnie, a zawsze powoli, liczby kilkocyfrowe zapomina już po półminucie. Podaje, że czuje, kiedy ma nastąpić napad epileptyczny i wówczas widzi Pana Jezusa spacerującego i djabła. Opowiada, że jest synem ślusarza z kopalni węgla i że sam jest ślusarzem z zawodu posiadającym cały sprzęt ślusarski, który wylicza z satysfakcją pełną zapału. W kopalni spadł z maszyny i stłukł sobie głowę. — W czasie, gdy miewa napady, jest bardzo podniecony, rzuca się, rysuje patykiem na ziemi, obmazowuje sobie twarz błotem, przybierając wygląd dziki, przyczem bije siebie samego w twarz i piersi przyjmując sierdziste pozy. W chwilach wolnych od napadów jest towarzyski i przylepny, zadowolony, jeśli

znajdzie słuchacza, któremu zwierzyć się może ze swoich widzeń i snów o niebie i piekle. Popisuje się rad swojemi rysunkami na papierze i piasku. Szczególnie rysunki na piasku wykonywa z wielkim zapałem i rozmachem. Pragnie urlopu do domu, by zobaczyć się z rodziną i obejrzeć dobytek. Wobec towarzyszów jest uprzejmy i współczuje z nimi, z „borokami"; prosi stale o papierosa dla pewnego „żydka", „boroka" (nieboraka), jeśli sam papierosa dostanie. Jeśli papierosa nawet sam nie dostanie, godzi się na to, nie tak jak jeden z jego „kolegów" mniej uprzejmych, zagadując sprawę, klepiąc łaskawie lekarza po ramieniu i odprowadzając go po skończonej wizycie ku wyjściu. Pacjent jest żonaty i ojcem 14-letniego chłopca. O poronieniach u żony nic nie zanotowano, ani też p. nic nie wie.

Epilepsja, o schizofrenijnem zabarwieniu stanów padaczkowych i postonejrystycznym charakterze widzeń i halucynacyj, główna choroba pacjenta K. M., wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jest wrodzoną. Uraz, spowodowany zapewne jednym z napadów mógł wpłynąć na pogorszenie stanu i na ujawnienie pewnych znamion psychozy urazowej, w kierunku epilepsji.

2. Pomiary budowy ciała u pacjenta W. B., uzdolnionego psychopaty, przedstawiają się obecnie następująco:

Waga wynosi 61 kg., wysokość 162 cm., szerokość czaszki 15,3 cm., długość 17,6 cm., obwód 56 cm. Twarz stanowi nierówny pięciokąt, usta są pełne, oczy duże, nos prosty, szerokość nosa 1,8 cm., długość 3,4 cm. Płatki uszu są wolne. Uwłosienie głowy obfite, sromu męskie. Zasiąg rąk wynosi 165 cm., długość ramienia 65,5 cm., długość kończyny dolnej 75 cm., objętość piersi 84,5 cm., brzucha 81 cm., szerokość miednicy 35 cm., szerokość ramienia 27 cm., przedramienia 26 cm.

Pacjent jest psychopatą ze znamionami „moral insanity", skłonny do ekshibicjonizmu, z noopsychą prawie ponadnormalną, rozwijającą się jeszcze obecnie, z tymopsychą poniżej normy, bez woli, bez stałości, wybuchliwy, nienasycony w zachciankach, grymaśny, porywczy, skłonny do oddalania się, do wszelkiej brutalności, egocentryczny, Narcyz, stale kwerulujący pieniacz, równocześnie towarzyski, współczujący, a nawet tkliwy, wszystko na niedaleką metę.

W. B. ma lat 24. Pradziadck ze strony matki był podobno literatem, posiadającym dobra na Bukowinie (?). Ojciec jest „poljerem murarskim". Przez pradziadka (?) ze strony matki pacjent

W. B. należałby do typów „imigracyjnych“, na które Kretschmer zwraca szczególną uwagę.

Pacjent sam, kawaler, przeszedł ze szkoły powszechnej do wydziałowej, w której, jak twierdzi, wykładano języki francuski, niemiecki, angielski i hebrajski, oraz fakultatywnie łacinę. Z zawodu był W. B. pomocnikiem biurowym.

Przebywał w przeróżnych zakładach psychjatrycznych, będąc przez pewien czas także i w zakładzie poprawczym. W jednym z zakładów psychjatrycznych, gdzie się zachowywał szczególnie niesfornie, mimo prób zatrudniania i nieograniczania swobody, przyczynił się do śmierci współpacjenta, bijąc go, jak opiewa „historja choroby“, gwałtownie i zawzięcie. W. B. sam twierdzi, że owego pacjenta nie bił, lecz tylko przytrzymywał, ponieważ tenże w szale chciał koniecznie podpalić pawilon. Bił go natomiast trzeci pacjent.

W zakładzie w Dziekance zachowywał się W. B. może prawie równie niesfornie, jak gdzieindziej, przyrzekając stale poprawę, starając się dla siebie uprosić co się dało, grożąc co chwilę, że zacznie znowu swawolić, jeśli mu będą odmawiać czegokolwiekbądźby zażądał. Uprawiał onanizm i ekshibicjonizm, oddalał się od zatrudnienia, nie zasługując na pokładane w nim zaufanie. Pieniaczył, denuncjował, próbował sobie odebrać życie, rozbijał głowę o ścianę, tłukł szyby, zaczepiał pacjentów, rzucił pewnego razu gazetę w twarz bardzo względnemu dlań lekarzowi, potłukł lejek szklanny od zgłębnika, roztrzaskał skrzypce, które przed chwilą otrzymał na gorące prośby. Próby odbierania sobie życia, opowiadania o połykaniu szkła i połamanych łyżek robiły wrażenie udawania i okłamywania.

Oddany ostatnio, nie poraz pierwszy, ponieważ spróbował się oddalić z Zakładu od zajęcia w tkalni, na czas dłuższy do oddziału dla niespokojnych pod ścisły dozór, rozpoczął pisać nowelki, powieści i poezje, z czasem już nie takie, czy inne, bez wyboru, lecz przedewszystkiem w kierunku sobie właściwego talentu i na podstawie własnych spostrzeżeń.

Zdolności artystyczne posiada pacjent w wielu kierunkach. Wykonuje też gustownie przedmioty w zakresie sztuki stosowanej, rysunki i malatury, grywa na skrzypcach.

Jest możliwe, że pacjent, chwilowo jakby bardziej zrównoważony, rzekomo nie podlegający już nieprzepartemu ekshicjonizmowi i onanizmowi, duchowo dojrzewa rozwijając się na korzyść nie tylko noo — ale i tymopsychy. Istniało podejrzenie, że B. W.

cierpi na gruźlicę, lecz dotychczas podejrzenia tego nie dało się stwierdzić z całą pewnością, mimo badań w tym kierunku. Przypuszczenie, że ta domniemana gruźlica, razem z psychoterapją dodawania otuchy i wskazywania właściwego zajęcia, oraz prawdziwe, czy udawane zakochanie się, zaczynają wywierać wpływ dodatni w kierunku złagodzenia, czy usunięcia złośliwości i niesforności tymopsychy, wymaga potwierdzenia przez utrwalenie się obecnego stanu i dalszą obserwację. W. B. mimo młodego wieku jest pochylony i plecy ma zaokrąglone. —

Literatura.

Alendy, R. Les bases d'une notion de tempérament. Hygiène Mentale 1931 p. 132. — Alsberg. Schädelformation u. Umwelt. Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie IX. 2. — Borowiecki Dr. Stefan, Sen a całokształt życia psychicznego, Rocznik Psychjatryczny, Zeszyt XXI 1933. p. 11. — Bumke. Lehrbuch der Geisteskrankhaiten, 3 wyd. München, 1929. — Bykowski Ludwik Jaxa. Stosunki rasowe wśród naszych abiturjentów gimnazjalnych. Przegląd Antropologiczny T. VI, Z. I-IV. Z mapkami rozprzestrzenienia typów antropologicznych w Polsce. — Gallus Dr. K. Der Geisteszustand der Epileptischen, Berliner Psych. Gesellschaft, 1908. — Gruhle. Psychologie des Abnormen, Handbuch der vergl. Psych., Kafka, München 1922. — Higier. Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki, Now. Psychj. Rok VI, 1929 str. 23. — Hoffmann, Dr. Hermann, Vererbung u. Seelenleben, Berlin 1922. — Holtzmann, War Jesus Ekstatiker? Leipzig 1903. — Hryncewicz, Juljan Talko Juljusz Słowacki, jako typ antropologiczny, Przegląd antropologiczny, Tom III, Poznań 1928. — Jaspers. Allg. Psychopathologie, wyd. 3, Berlin 1923. — Jung. Physiologische Typen, Zurich 1921. — Klages, Die Grundlagen der Charakterkunde, Leipzig 1928. — Kretschmer, Körperbau und Charakter, Berlin 1924, oraz Medizinische Psychologie Leipzig, 1930. — Kridl, Manfred, Listy Juljusza Słowackiego, Tom III, Warszawa 1914. — Kronfeld, Perspektiven der Seelenheilkunde, Leipzig 1930. — Pauncz, Der Learkomplex. Z. Neur. u. Psych, 143, 1932. — Petroff, Gr. Zur Frage von Schädelformation unter der Beeinflussung der Kinderwiege, Zeitschrift f. Morphol. n. Anthropol, Bd XXIX, Stutgart 1931. — Piotrowski Al. O padaczce, Nowiny Lek., z XXV, z. 12, Über Epilepsie. Allg. Med. Zentral - Zeitung 1913, Dr. med. V. Strasser, Die Denkmethoden und ihre Gefahren, Nowiny Psychj. 1931, III-IV. — Raecke,

Die transitorischen Bewusstseinstörungen der Epileptiker, Halle a-S. 1903. — E. Rassmussen, Jesus, eine vergleichende psychol. Studie, übertr. v. A. Rothenburg, Leipzig 1905. — H. Schaefer, Jesus in psychiatrischer Beleuchtung, Berlin 1910. — Schneider, Psychologie der Schizophrenen, Leipzig 1930. — Skoczyński, Vincenz, Beitrag zur Kenntnis der Sprachbewegunshallucinationen usw. Charité - Annalen XXVII Jahrgang. — Strasser, Dr. Vera, Die Denkmethoden u. ihre Gefahren, Leipzig 1831. — Wirszubski, Dr A. Ocena krytyczna nauki Freuda, Nowiny Psychj. Rok IX, 1932, Z. III-IV, p. 155. Epidemje psychiczne w historji Żydów, Nowiny Psych. Rok VII, str. 12. — Wrzosek, Adam, O stosunku niektórych pomiarów antropologicznych i typów ras. morf. do sprawn. umysł. Przegląd Antropologiczny Tom V, Z. I-IV, 1930 i Kilka uwag o czaszce Słowackiego. Przegl. Antrop. Tom III p. 41. Poznań 1928.

Hôpital Psychiatrique Public. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Un cas de symbiose littéraire chez les aliénés.

Par le Dr. med. Dr. phil. K. WIZE.

C'est un psychopathe du groupe „moral insanity", auquel nous devons une descritption dramatique de visions postoniriques ou même d'hallucinations chez l'épileptique.

Nous avons obtenu ce „test" psychique d'un malade en appliquant la méthode de psychothérapie, que nous nommons psychothérapie „aseptique". Nous apposons cette méthode, qui consiste dans l'occupation de nos aliénés á une activité adaptée au goût et à la capacité de leur caractère, à la méthode, psychanalytique de Freud, que nous nommons ici psychothérapie „antiseptique". La méthode de Freud nous semble dangereuse surtout si elle recherche à outrance „le trauma", qui n'existe peut - être pas, d'oû les victimes, comme Helène Klepetar (v. A. Wirszubski. Analyse critique de la théorie de Freud dans *Nowiny Psychjatryczne* 1932, p. 158) et ces caricatures d'hommes, rencontrés souvent, pour lesquels la psychanalyse dégénère en un narcotisme sui generis.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny w Dziekance.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Odczyn opadania krwinek w porażeniu postępującem.

Podali Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK
i Dr. STEFANJA KAISER-SWIERCZKOWA

W urzeczywistnieniu naszych zamiarów wypowiedzianych w zakończeniu naszej pierwszej pracy o odczynie opadania krwinek w psychozach (Nowiny Psychjatryczne 1933, III-IV, str. 200-231), przeprowadziliśmy dalsze badania odczynu Biernackiego. Niniejsza praca stanowi zapoczątkowanie zapowiedzianych badań kontrolnych, przyczem jako pierwszą grupę schorzeń psychicznych, wybraliśmy porażenie postępujące. Uczyniliśmy to zaś dlatego, że najwięcej może badań sedymentacji dotyczy porażenia, a nasze poprzednie badanie odczynu Biernackiego w porażeniu dało wyniki zastanawiające, wreszcie zagadnienia dotyczące porażenia postępującego znajdują stale (obok schizofrenji) specjalne zainteresowanie w Dziekance. W odstępie kilku miesięcy, oddzielających obie nasze prace, nie znaleźliśmy nowych prac dotyczących naszego tematu. Wobec tego pozwolimy sobie, dla przypomnienia, przedstawić ponownie wyniki dotychczasowych badań w krótkim zarysie.

Już Plaut stwierdził przyspieszenie opadania w różnych zachorzeniach kiłowych ośrodkowego systemu nerwowego, przedewszystkiem w porażeniu postępującem. Według Plauta przyspieszenie to jest większe u kobiet, niż u mężczyzn. Löwenberg natomiast wykazał brak różnicy pod tym względem u obu płci. Prawie wszyscy następni badacze stwierdzili również przyspieszenie opadania i to u znacznej większości badanych przez nich przypadków paraliżu (Götz, Calissow, Siwiński, Stryjecki, Schottky). Przyspieszenie to było zwykle znacznego stopnia (Stryjecki 57-17 minut). Schottky zbadał 9 przypadków porażenia i u wszystkich stwierdził przyspieszenie opadania krwinek, jak również zależność wielkości przyspieszenia od stadjum rozwoju procesu chorobowego. Im większe było nasilenie tego procesu, tem znaczniejsze było przyspieszenie. W związku z tem istnieje pogląd, że zbyt znaczne przyspieszenie każe wnosić o złej prognozie zarówno co do dalszego przebiegu porażenia, jak i wyników malarji leczniczej. Malarja szczepiona, jak wiele zresztą chorób zakaźnych, powoduje przyspieszenie opadania i to znacznego stopnia. Odnośnie do po-

wyżej wspomnianej zależności szybkości opadania od stadjum rozwoju choroby, należy jeszcze nadmienić, że w przypadkach posuniętych materjału Götza nie zawsze można było stwierdzić przyspieszenie, co jest tem bardziej interesujące, że Götz stwierdził przyspieszenie w 80% badanych przypadków porażenia. Wyniki naszych badań przedstawionych w poprzedniej pracy były następujące; u wszystkich (17) paralityczek (zbadano tylko kobiety) stwierdzono przyspieszenie opadania krwinek. Przypadki zaszeregowane jako stacjonarne, oraz otępienie proste, (wykazujące dłuższy czas trwania), dały większe przyspieszenie, niż przypadki o krótszym przebiegu, występujące pod postacią manjakalną. Pierwsze charakteryzowały się szybkością opadania 40-100, najczęściej 60-80 minut, zależną od stopnia otępienia, drugie zaś szybkością zwykle powyżej 100 minut. Należy podkreślić że paralelizm szybkości i czasu trwania, oraz progresji choroby niezawsze był jednakowo wyraźnie zaznaczony. Stwierdziliśmy ponadto, że malarja lecznicza powoduje znaczne skrócenie czasu opadania. Przedstawiony wynik naszych poszukiwań zgadza się w dużym stopniu z dotychczasowem doświadczeniem, a zwłaszcza z wnioskami Schottkyego.

Przychodzimy do omówienia obecnych naszych doświadczeń uzyskanych przy badaniu odczynu Biernackiego w przypadkach porażenia postępującego w Dziekance. W czasie od 18. X. 1933 do 24. I. 1934 r. zbadaliśmy odczyn opadania krwinek u 70 mężczyzn, pacjentów Zakładu. U znacznej większości chorych badanie wykonano dwukrotnie, u 16 zaś tylko jeden raz z przyczyn od nas niezależnych, a mianowicie: z tych 16 pacjentów 3-ch zmarło (chorzy Nr. 49, 50 i 51), 7 zostało zwolnionych (Nr. 18, 29, 30, 31, 48, 49 i 52), 5 zaś należy do świeżo przyjętych (Nr. 55, 56, 57, 58 i 59), gdy wreszcie jeden (Nr. 68) jest ciężko chory cieleśnie, tak, że badania powtórnie nie można było wykonać. Badanie wykonywano nadal metodą Linzenmeiera, w sposób opisany w naszej pracy poprzedniej. Oprócz oznaczania czasu opadu, określano także wysokość słupka krwinek (w 24 godziny po pobraniu krwi). Stwierdziliśmy ponownie, że bardzo często słupek krwinek jest tem wyższy im dłuższy jest czas opadania, że jednakowoż istnieją dosyć liczne wyjątki, które są różne i zmienne, nie pozwalając na wyprowadzenie jakichś danych regularnych. Wedle rozpoznania zbadane przypadki przedstawiają się następująco: 2 tabes, 3 lues cerebri, 6 taboparalysis, 42 p. p., oraz 17 suspectio quoad

p. p. Te ostatnie oddzielamy jako wątpliwe głównie dlatego, że badanie serologiczne tych chorych dało wynik negatywny. Co do komplikacyj cielesnych, to chory Nr. 61 cierpi na jaglicę, chory Nr. 68 cystitis, chory Nr. 23 wykazywał w okresie I badania objawy anginy, a chory numer 59 jest podejrzany o gruźlicę.

Do badania wybraliśmy tym razem tylko mężczyzn, celem porównawczego zestawienia z wynikami otrzymanemi poprzednio przy badaniu kobiet, a więc dla porównania z wynikami (wspomnianemi powyżej) Plauta i Löwenberga, dotyczącemi obu płci. Ponadto dysponowaliśmy w danej chwili przypadkami wątpliwemi pod względem rozpoznawczym tylko u mężczyzn, a chodziło nam zawsze przedewszystkiem o zbadanie wartości odczynu Biernackiego dla rozpoznawania rożniczkowego. Wreszcie ilość mężczyzn paralityków przewyższała znacznie ilość kobiet w Zakladzie, a chodziło nam o możliwie naiwiększą ilość zbadanych chorych, by osiągnięte rezultaty pozwalały na krytyczną ocenę. Tych 70 zbadanych pacjentów przedstawia całkowitą ilość przypadków noszących w czasie naszego badania, odnośnie rozpoznanie. Przy przeciętnej liczbie 550 chorych mężczyzn w Zakładzie 70 przypadków neuroluesu, z czego 48 pewnych, a 17 wątpliwych przypadków paraliżu stanowi procent znaczny, odpowiadający jednak danym z literatury (najczęściej około 10 proc).

W opisie naszym zajmiemy się najpierw przypadkami o ustalonem rozpoznaniu porażenia, następnie zaś dopiero przedstawimy przypadki wątpliwe, najwięcej nas interesujące z przytoczonych kilkakrotnie powyżej powodów.

Poniżej umieszczamy tablicę, w których zostały zestawione wyniki dotyczące wszystkich pewnych przypadków p. p., bez taboparalysis, a więc w ilości 42.

Pierwsza tablica obejmuje uszeregowanie tych przypadków wedle wieku chorych, formy porażenia, oraz wedle czasu trwania porażenia (w chwili badania). Umieszczono tu tylko przypadki badane dwukrotnie.

Jako „dem" oznaczono przypadki o różnym przebiegu, które obecnie przedstawiają się jako otępienie proste, zwykle znacznego stopnia, różniące się od przypadków dementia simplex tym właśnie różnopostaciowym przebiegiem swego rozwoju. Jedynie 2 przypadki (16 i 26) wykazują w obu badaniach liczby określające szybkość opadania powyżej 600 minut, a więc wartości normalne. Oba przypadki charakteryzuje pewne wzajemne podobieństwo, a miano-

TABLICA I.

№	wiek	czas trw.	forma	Badanie I	Badanie II	№	wiek	czas trw.	forma	Badanie I	Badanie II
1	35	4 l.	dem. sim.	79	96	34	30	6 m.	dem. sim.	428	196
4	43	4$^1/_2$	„ „	280	565	35	33	5 l.	manj.	558	651
5	61	10	dem.	113	71	36	33	5	dem. sim.	619	420
8	46	1	dem. sim.	82	82	37	45	7	dem.	436	308
9	41	3	„ „	505	297	38	39	6	„	304	257
10	43	3	dem.	75	47	39	38	2$^1/_2$	„	168	159
12	53	3	manj.	526	373	40	40	2$^1/_2$	„	372	117
13	36	9 m.	man. depr.	347	238	41	57	9	„	28	36
15	41	9 l.	dem.	247	185	43	42	3$^1/_2$	dem. sim.	224	171
16	33	2	dem. sim.	617	660	45	44	9-10	dem.	230	254
17	41	6	dem.	101	266	62	40	8	„	196	204
22	37	6	Lissauer	158	81	63	49	6	„	125	186
23	32	5	manj.	224	260	64	55	11	manj.	402	330
25	48	6	„	155	353	66	41	7	„	279	273
26	41	1	dem. sim.	696	1167	67	48	2	„	225	250
32	48	5	man. depr.	258	282	70	57	7	„	60	77
33	40	5	manj.	372	722	—	—	—	—	—	—

wicie krótki czas trwania choroby (2 i 1 lat) i to samo rozpoznanie (dem. simplex). Różnią się natomiast stopniem rozwoju, chory 6 wykazuje znaczniejsze otępienie i szybką progresję, chory 16 zaś powolny rozwój, a obecnie nawet charakter stacjonarny procesu chorobowego. W tablicy znajdujemy jeszcze 2 przypadki (35 i 36), które wykazują jednorazowo wartości normalne opadania (651, 619) obok nieznacznego przyspieszenia w drugiem z obu badań (558, 420). Chorzy owi wykazują znowu podobieństwo zarówno wzajemne jak i do powyższych chorych (Nr. 16 i 26) pod względem klinicznym. Wiek obu wynosi 33 lata, a czas trwania choroby 5 lat, jeden (Nr. 36) to typowy przypadek otępiania prostego, obecnie o charakterze stacjonarnym, drugi nosi wprawdzie określenie manjakalne, cechuje się jednak obecnie także otępieniem, gdy objawy manjakalne utąpiły na drugi plan, a przebieg stał się powolny.

Dla porównania z powyżej przytoczonymi przypadkami ze-

stawiamy obecnie w osobnej tablicy przypadki określone w naszej pierwszej tablicy jako „otępienie". Uszeregowanie ich wedle wieku chorych, oraz czasu trwania choroby daje następującą tablicę.

TABLICA II.

№	wiek	charakter choroby	Badanie I	Badanie II	№	czas trwania	charakter choroby	Badanie I	Badanie II
39	38	—	168	159	39	2 1/2	—	168	159
38	39	stacjon.	304	257	40	2 1/2	poprawa	372	117
40	40	poprawa	372	117	10	3	postęp.	75	47
62	40	—	196	204	17	6	postęp.	101	266
15	41	—	247	185	38	6	stacjon.	304	257
17	41	postęp.	101	266	63	6	—	125	186
10	43	postęp.	75	47	37	7	stacjon.	436	308
45	44	—	230	254	62	8	—	196	204
37	45	stacjon.	436	308	15	9	—	247	185
63	49	—	125	186	41	9	postęp.	28	36
41	57	postęp.	28	36	45	9-10	—	230	254
5	61	postęp.	113	71	5	10	postęp.	113	71

W rubryce „charakter choroby" oznaczono kreską poziomą te przypadki, które wykazują powolny rozwój choroby, zbliżony do „zatrzymania się procesu chorobowego". Zestawienie lewostronne, a więc stopniowane wedle wieku chorych, nie wykazuje, co zresztą było do przewidzenia, jakiejś zależności przyspieszenia od wieku pacjenta.

Podobnie i zestawienie prawostronne nie pozwala na stwierdzenie wyraźnej zależności szybkości opadania od samego tylko czasu trwania choroby. Najwyższe liczby szybkości opadania wykazują przypadki stacjonarne (37 38) przypadek z poprawą (40), oraz część przypadków pośrednich (62, 15, 45). Najniższe zaś, przypadki, określone jako „postępujące" (10, 5, 41); z nich tylko jeden (17) wykazuje średnie liczby.

Należy jednak zaznaczyć, że podział przypadków na „pośrednie" i „postępujące" jest z natury swej trudny do ścisłego przeprowadzenia, a więc w pewnym stopniu sztuczny, na co zresztą zda-

ją się nawet wskazywać same wyniki badania opadu, wykazując przejścia między temi grupami.

W bardziej szczegółową analizę przytoczonych w tablicy cyfr trudno jest się wdawać z przyczyny powyżej podanej. I tak n. p. 2 przypadki z poddziału postępujących (Nr. 10 i 5) wykazują za drugiem badaniem większe przyspieszenie niż za pierwszem, jednak dwa dalsze (Nr. 17 i 41) zachowują się wprost odwrotnie. Należy w tem miejscu podkreślić, że powtórne badania wykonano w odstępie zaledwie około 2 miesięcy. Powyższy rozbiór wyników obu tablic (I i II) pozwala nam jednakże na potwierdzenie wniosku, w pierwszej pracy przez nas wypowiedzianego, że szybkość opadania jest wprost proporcjonalna do postępowania procesu porażenia, do jego nasilenia, więc może mieć także znaczenie prognostyczne.

Poniżej zamieszczamy tablicę grupującą pokrewne przypadki z tablicy I, a więc oznaczone jako dementia simplex w ilości 9 przypadków, znowu o różnym wieku jak i czasie trwania choroby.

TABLICA III.

№	wiek	charakter procesu	Badanie I	Badanie II	№	czas trwania	charakter procesu	Badanie I	Badanie II
34	30	postęp.	428	196	34	6 m.	postęp.	428	196
16	33	stacjon.	617	660	8	1 rok	—	82	82
36	33	stacjon.	619	420	26	1 „	postęp.	696	1167
1	35	—	79	96	16	2 lata	stacjon.	617	660
9	41	poprawa	505	207	9	3 „	poprawa	505	297
26	41	postęp.	696	1167	43	$3^{1}/_{2}$ „	stacjon.	224	171
43	42	stacjon.	224	171	1	4 „	—	79	96
4	43	—	280	565	4	$4^{1}/_{2}$ „	—	280	565
8	46	—	82	82	36	5 lat	stacjon.	619	420

W rubryce „charakter procesu“ określono 2 przypadki (Nr. 26 i 34) jako „postępujące“; chodzi tu o przypadki o wybitnie zaznaczonej progresji przedstawiające znaczne otępienie gdy czas trwania jest najkrótszy, wynosząc 6 miesięcy i 1 rok. Przypadki

te powinny być w tablicy określone jako wybitnie progresywne, czego nie uczyniono tylko z powodu szczupłości rubryk. Przypadki Nr. 16 i 26, wykazujące dwukrotnie opadanie dłuższe niż 600 minut, oraz przypadek Nr. 36 o opadaniu 619 i 420 zostały omówione przy rozbiorze wyników tablicy I (ogólnej). Przypadki te zwłaszcza Nr. 16 i 26 stanowią wyjątki w naszem dotychczasowem doświadczeniu. W pierwszej naszej pracy stwierdziliśmy bowiem, że wszystkie przypadki porażenia charakteryzują się przyspieszeniem opadania krwinek. Przypadek Nr. 26 jest bardzo interesujący i pod innym względem. Chory ten, u którego porażenie w ciągu 1 roku doprowadziło do znacznej demencji, który stanowi w naszym materjale przypadek (obok chorego Nr. 34) o najwybitniej zaznaczonem postępowaniu procesu paralitycznego, wykazuje równocześnie najdłuższy czas opadania w całym materjale bo 696 i 1167 minut. Przypadek ten przebiegający klinicznie podobnie jak przypadek Nr. 34 nie nastręcza żadnych wyjątkowych cech, któreby pozwalały na próbę chociażby tłómaczenia jego paradoksalności. Do pewnego stopnia można określenie to zastosować do przypadków Nr. 9 i 40. W obu mamy do czynienia z poprawą, która wystąpiła po leczeniu malarją, które stosowano $2^1/_2 - 4$ miesięcy przed I-em badaniem opadania W obu czas opadania okazał się w pierwszem badaniu znacznie dłuższy, niż w badaniu drugiem (372, 505 a 117, 297 minut!). Ponieważ, jak już stwierdziliśmy, szybkość opadania po przebytej malarji stopniowo się zmniejsza, a szybkość jest pozatem mniejsza w przypadkach mniej zaawansowanych, zjawisko powyżej opisane jest wyjątkowe i trudne chwilowo do wytłómaczenia. Zależność szybkości opadania od stopnia nasilenia procesu paralitycznego nie jest tak wyraźna w wynikach tablicy III jak II. Pozatem ponownie musimy stwierdzić niezależność czasu opadania od wieku chorego, oraz czasu trwania jego choroby.

Obecnie przechodzimy do analizy 3-go poddziału przypadków objętych tablicą I, a obejmującego formy manjakalne i manjakalno-depresyjne. (tablica IV).

Pacjenci Nr. 12 i 23 przebyli malarją szczepioną, wykazując w czasie badania poprawę. Chory Nr. 12 stanowi analogon do chorych Nr. 9 i 40 (patrz wyżej), gdyż badanie późniejsze wykazało znaczne skrócenie czasu opadania w stosunku do wcześniejszego badania. U chorego Nr. 23 stwierdzono w okresie I ba-

TABLICA IV.

Nr.	Wiek	Przebieg	badanie I	badanie II	Nr.	Czas trwania	Przebieg	badanie I	badanie II
23	32	poprawa	224	260	13	9 mies.	—	347	238
35	33	—	558	651	67	2 lata	—	225	250
13	36	—	347	238	12	3	poprawa	526	373
33	40	stacjon.	372	722	23	5	poprawa	224	260
66	41	stacjon.	279	273	32	5	stacjon.	258	282
25	48	—	155	353	33	5	stacjon.	372	722
32	48	stacjon.	258	282	35	5	—	558	651
67	48	—	225	250	25	6	—	155	353
12	53	poprawa	526	373	66	7	stacjon.	279	273
64	55	stacjon.	402	330	70	7	—	60	77
70	57	—	60	77	64	11	stacjon.	402	330

dania anginę i dlatego nie można go uwzględnić w naszych rozważaniach.

Ponownie stwierdzamy, że zarówno wiek chorych, jak i długość czasu (jawnego okresu) porażenia nie wykazują wpływu na szybkość opadania; brak jest korelacji. Odnośnie do podziału wedle przebiegu należy dodać, że wszystkie przypadki powyższej tablicy wykazały także otępienie różnego stopnia, mniejwięcej zależne od czasu trwania choroby. Przypadki określone jako stacjonarne wykazują brak postępu demencji, oraz osłabienie stanu manjakalnego. Grupa powyższa obejmująca przypadki o przeważnie dłuższym czasie przebiegu z dosyć znaczną często demencją, nie da się ściśle oddzielić od grup poprzednich, nie wykazuje tak przejrzystych stosunków i wyraźnych korelacyj, jak grupy poprzednie, oraz grupa odnośna (forma manjakalna) paralityczek pracy poprzedniej.

Pozostały nam do zareferowania przypadki badane tylko jeden raz, które są uszeregowane w poniższej tablicy (V) z pominięciem chorych Nr. 48 i 51 (taboparalysis), Nr. 57 (tabes) i Nr. 30, 53 56 i 68 (wątpliwe).

Przypadek Nr. 59 jest podejrzany o gruźlicę płuc, więc go z naszych rozważań wykluczamy. Chory następny (co do przyspieszenia opadania) Nr. 49 wykazał szybki rozwój choroby, zmarł nagle 2 dni po malarji, przyczem w czasie malarji wystąpiły napady paralityczne. Badanie u chorego wykonano na miesiąc przed malarją leczniczą. Z kolei chory Nr. 18, badany w okresie poprawy w 3 miesiące po przebyciu malarji, charakteryzował się także ostrym przebiegiem choroby w formie podniecenia manjakalnego. Podo-

TABLICA V.

Nr.	wiek	forma	badanie	Nr.	Czas trwania	forma	badanie
31	30	dem. simpl.	546	50	1 mies.	manj.	130
29	33	" "	191	59	2 "	"	55
50	33	manj.	130	49	3 "	"	61
18	34	poprawa	98	18	4$^1/_2$ "	poprawa	98
49	35	"	61	31	12 "	dem. simpl.	546
55	36	dem. simpl.	349	29	14 "	" "	191
59	48	manj.	55	52	18 "	poprawa	123
52	61	poprawa	123	58	kilka lat	depr.	190
58	61	depres.	190	55	5 "	dem. simpl.	349

bny przebieg kliniczny do chorego Nr. 49 wykazał chory Nr. 50 badany także na miesiąc przed zastosowaniem malarji, zmarły w 15 dni po przebyciu malarji wskutek osłabienia mięśnia sercowego, a wykazujący przebieg ostry o charakterze manjakalnym. Wreszcie do podgrupy powyższej należy i chory Nr. 52, badany w 1$^1/_2$ miesiąca po malarji, zwolniony w stanie poprawy i cechujący się również ostrym przebiegiem o typie manjakalnym.

Przypadki o najdłuższym czasie opadania Nr. 31 i 55 mają charakter stacjonarny. Wiek i czas trwania choroby i tutaj również nie wykazują większego wpływu na szybkość opadania. Wynik powyższy jest zgodny z naszemi poprzedniemi wnioskami o zależności czasu opadania od rodzaju przebiegu procesu paralitycznego. Obecnie przedstawiamy grupę przypadków porażenia z wiądem rdzenia.

TABLICA VI.

Nr.	Wiek	czas trwania	Badanie I	Badanie II	Nr	przebieg	Badanie I	Badanie II
14	33	5 lat	396	561	46	dem., postęp.	23	34
48	34	10 mies.	549	—	51	" "	66	—
46	37	1$^1/_2$ roku	23	34	42	" "	354	410
51	41	7 mies.	66	—	24	" s. —	399	439
24	44	7 lat	399	439	14	" s. —	396	561
42	47	3$^1/_2$ roku	354	410	48	poprawa	549	—

Z lewej strony tablicy wynika, że przypadki krótkotrwałe wykazują znacznie mniejsze liczby, oznaczające sedymentację, niż przypadki dłużej trwające. Prawa strona tablicy wyjaśnia, że jest to pozorna sprzeczność, albowiem przypadki pierwsze charakteryzują

się szybkim rozwojem choroby (oznaczono je jako postępujące) i znacznem otępieniem, a tempo rozwoju procesu ma, jak widzieliśmy dotąd, znaczenie decydujące. Dłuższy czas opadania wykazują 2 przypadki o znacznie dłuższym czasie trwania choroby (3½ — 7 lat), oraz przypadek o czasie trwania 10 mies. (Nr. 48), wykazujący poprawę po malarji. Przypadek Nr. 42 jest graniczny między obu grupami, wykazując przebieg progresywny i znaczne otępienie, a czas trwania 3 i pół lat. Przypadki Nr. 24 i 14 charakteryzuje rozwój powolny (oznaczony w tablicy kreską) i typ otępienia prostego. Pacjentów Nr. 48 i 51 badano tylko jeden raz z przyczyn od nas niezależnych (Nr. 51 zmarł, Nr. 48 został zwolniony). Tablica VI potwierdza dotychczasowy nasz wniosek, że na szybkość opadania wpływa głównie charakter procesu chorobowego, szybkość jego rozwoju. Jedynie dla porównania przytoczymy tu następnie 2 przypadki wiądu i 2 kiły mózgu. Przedstawia je tablica VII.

TABLICA VII.

Nr.	wiek	czas trwania	forma	badanie I	II	III	IV
3	31	7 lat	lues cerebri	378	495	—	—
7	52	9 lat	„ „	315	313	376	365
57	37	4 lat	tabes	364	—	—	—
6	51	20 lat	„	200	108	—	—

Przypadek Nr. 57 był badany dlatego tylko 1 raz, ponieważ został niedawno przyjęty do Zakładu. Przypadki Nr. 3 i 7 noszą wprawdzie rozpoznanie kiły mózgu, jednak rozpoznanie ich nasuwa duże trudności w kierunku wykluczenia porażenia postępującego. Oba przypadki wykazują przebieg powolny (7 i 9 lat trwania), a znaleziony u nich czas odpowiada mniejwięcej ich charakterowi, jeżeli je porównamy z przypadkami tablic poprzednich. Przypadek Nr. 7 charakteryzuje się ponadto częstymi napadami o charakterze drgawkowym; badanie II (313 min.) wykonano u tego chorego w 12 godzin, a III (376 min.) w 8 godzin po nocnym napadzie. Jak widzimy wynik badania II jest prawie identyczny z wynikiem badania I, a wynik badania III z wynikiem IV, które to badania (I, IV) wykonano w okresie wolnym od napadu. A więc brak jest jakiegokolwiek wpływu napadu na szybkość opadania. W pracy poprzedniej wykazaliśmy, że napady epileptyczne powodują częściej przyspieszenie, a rzadziej opóźnienie opadania.

Obecnie zajmiemy się ostatnią grupą chorych badanych, określoną przez nas jako przypadki wątpliwe w liczbie 17. Wynik badań tychże przedstawia tablica VIII, która jest analogiczna do tablicy I, gdyż daje tylko ogólny przegląd wedle liczby porządkowej zbadanych.

TABLICA VIII.

Nr.	wiek	czas trwania	forma	badanie I	badanie II	Nr.	wiek	czas trwania	forma	badanie I	badanie II
2	55	13 lat	—	444	490	47	45	2-3 lat	—	256	235
11	40	10 mies.	dem. s.	419	446	53	43	1 1/2 m.	depr.	453	—
19	35	28 „	—	753	653	56	46	kilka „	dem. s.	271	—
20	32	18 „	schizofr.	731	481	60	32	9 „	depr.	271	216
21	45	8 lat	dem.	707	748	61	57	10 lat	dem.	248	166
27	30	2-3 „	dem.	673	414	65	73	19 „	man. d.	269	299
28	47	7 mies.	paranoid.	116	162	68	30	1-2 „	dem.	117	-
30	31	9 „	dem.	467	—	69	29	3 „	schizofr.	637	634
44	36	3 lata	—	298	154	—	—	—	—	—	—

Chorych Nr. 30, 53, 56 i 68 badano tylko jeden raz z przyczyn od nas niezależnych (patrz wyżej). Jedynie chory Nr. 11 nie był badany serologicznie, zaś chory Nr. 53 miał badaną tyko krew z wynikiem ujemnym. U chorego Nr. 28 stwierdzono w płynie m. rdz. zmiany małe, niecharakterystyczne. U pozostałych chorych badanie krwi i płynu m. rd. dało wynik ujemny. Chory Nr. 61 cierpi od kilku lat na jaglicę, więc go w naszych rozważaniach nie uwzględniamy, chociaż wpływ jaglicy na sedymentację jest conajmniej wątpliwy. Również eliminujemy pacjenta 68 z cystitis. Pacjenci oznaczeni Nr. 20 i 69 wykazują jedynie pewne zmiany neurologiczne (przedewszystkiem ze strony nerwu twarzowego), natomiast pod względem psychicznym przedstawiają się jako schizofrenje, zwłaszcza przypadek nr. 69, który wykazuje normalne wartości opadania, gdy przypadek Nr. 20 dał wynik zmienny. Przypadki te nastręczają tak duże wątpliwości, że je uwzględniając przytem odczyn Biernackiego pominiemy. Z podobnych względów wykluczamy również przypadek Nr. 65, który w swym całokształcie objawów wydaje się być psychozą manj. - depr., a przyspieszenie opadania należy prawdopodobnie w dużym stopniu odnieść do podeszłego wieku chorego (73 lata). Jest to potwierdzone przez nas (poprzednia praca) doświadczenie, że wiek wpływa na opadanie i to w sposób wprost proporcjonalny. Jedynie przypad-

ki Nr. 19 i 21 wykazują normalne opadanie (chorego Nr. 69 wykluczyliśmy powyżej). Interesującem jest, że rozpoznanie porażenia (na podstawie klinicznego obrazu) jest w tych przypadkach mniej prawdopodobne; przypadek Nr. 21 cechuje się obecnie znaczną demencją. Oba są bardzo zbliżone do przypadku Nr. 26 omówionego przy rozważaniu tablicy I. Podobny jest do nich przypadek nr. 27 o znacznie krótszym czasie rozwoju choroby i stadjum początkowem otępienia, przedstawiający się neurologicznie i psychicznie jako pp. Wiemy, że pewna część paralityków okazuje ujemne wyniki badania nietylko krwi, ale i płynu. Medem (Nowiny Psychjatryczne, 1929, III-IV str. 260-274) obliczył procent wyników badania, na podstawie materjału Dziekanki, na 60 proc. dodatnich wyników badania krwi, a 90 proc. płynu. Nazwą „dem" określiliśmy ponownie przypadki o różnorakim przebiegu, przedstawiające obecnie obraz zbliżony do otępienia prostego (należą do nich pacjenci Nr. 21, 30). Przypadki pośrednie (kreska) o formie trudnej do określenia, odpowiadające żartobliwemu określeniu Piotrowskiego „mixtum compositum" są zbliżone w swym obrazie klinicznym do grupy „demencji" i wykazują opadanie mniej przyspieszone (Nr. 44 i 79), jeden z nich (Nr. 19) został powyżej opisany z powodu normalnego czasu opadania. Do przypadków dotychczas opisanych zbliżone są Nr. 11 i 56 (otępienie proste) o demencji wyraźnej, lecz nie zaawansowanej, różniące słę stopniem przyspieszenia w sposób dość znaczny. Chorzy Nr. 53 i 60 przedstawiają formę depresyjną, a stadjum początkowe choroby, przyczem rozpoznanie jest tutaj mniej pewne Należy podkreślić, że wszyscy pacjencjі tej grupy nie wykazują (z wyjątkiem elimowanych Nr. 61 i 68), żadnych komplikacyj somatycznych. Dlatego uderzający jest wynik badania chorego Nr. 28, u którego rozpoznano stan paranoidalny a następnie porażenie. Jest to osobnik 47 lat liczący, chory od 7 miesięcy, który przebył przed obecną chorobą uraz głowy, a wykazuje objawy neurologiczne, dotyczące nerwu twarzowego; psychicznie wykazywał początkowo depresję z nielicznemi urojeniami prześladowczemi, oraz niewiary małżeńskiej, ponadto halucynacje wzrokowe. Z biegiem czasu objawy te (oprócz depresji) uległy wzmożeniu, obecnie zaś jest ponadto zaznaczona demencja, urojenia zaś nie tworzą systemu. Badanie sedymentacji dało u niego wynik frapujący w postaci znacznego przyspieszenia (116 i 162 min.), badanie płynu m. r. zmiany małe, niecharakterystyczne. Początkowy obraz choroby pozwalałby przypuszczać ra-

czej wynik w granicy 400-500 minut. Wydaje nam się, że przytoczony chory jest jednym z tych chorych, (w tej grupie razem 8 przypadków) u których odczyn Biernackiego wykazuje swą dużą wartość pomocniczo-djagnostyczną. Ponieważ epilepsję, psychozę manjakalno-depresyjną, schizofrenję (brak jest osobowości schizofrenijnej), paranoję, wreszcie psychozę pośpiączkową lub alkoholową (negatywny wywiad) oraz pourazową możemy z całą pewnością wykluczyć, nietylko obraz kliniczny, ale i znaczne przyspieszenie opadania przemawiają tutaj za rozpoznaniem porażenia. Dotychczasowe doświadczenie bowiem wykazało, że najdobitniejsze procentowo i ilościowo (szybkość opadania) wyniki otrzymano w porażeniu postępującem. Nasze uprzednie badanie potwierdza także to doświadczenie, zwłaszcza co do 100 proc wyników dodatnich przy badaniu odczynu Biernackiego. Do podobnego wniosku uprawnia nas zamieszczony powyżej rozbiór krytyczny przypadków, oznaczonych nazwą otępienia (z wyjątkiem chorego 21) i otępienia prostego, u których rozpoznanie kliniczne pp. jest prawie pewne (brak jedynie dodatnich wyników badania serologicznego). Pewne przypadki noszą wyraźnie cechy wyjątkowości (16, 26, 35, 36, 27) 3 z nich zresztą (Nr. 35, 36 oraz 27) wykazują tylko jednorazowo opadanie normalne, a drugim razem jednak przyspieszone.

A więc tylko 4 przypadki na 70 (z tego 2-a tylko pewne p.p.) badanych wykazały dwukrotnie opadanie normalne, co stanowi procent tak mały, że nie może zaprzeczyć ogólnej zasadzie, że porażenie cechuje się przyspieszonym opadem. — Przypadek 26 odpowiada tym przypadkom końcowym materjału Götza które nie wykazywały przyspieszenia. Istnieje pewna różnica między mężczyznami a kobietami, albowiem paralityczki o typie stacjonarnym i dłuższym czasie trwania choroby wykazały (patrz pierwsza praca) znaczne przyspieszenie, analogiczne przypadki męskie natomiast mniejsze przyspieszenie. Okazało się obecnie, na podstawie liczniejszego materjału chorych, że jedynie tylko charakter procesu chorobowego, jego szybkość rozwoju, odgrywa decydujący wpływ na odczyn Biernackiego.

Streszczenie.

1) W celu kontynuowaniu badań pracy poprzedniej wykonano badanie odczynu Biernackiego u 70 mężczyzn metodą Linzenmeiera.

2) U tych 70 zbadanych stwierdzono 49 porażeń pewnych (z czego 6 z wiądem rdzenia) a 17 w różnym stopniu wątpliwych, ponadto 2 przypadki wiądu rdzenia oraz 2 kiły mózgu.

3) Wszystkie przypadki z grupy pewnych (49) z wyjątkiem dwu wykazały przyspieszenie opadania krwinek w stopniu zależnym li tylko od szybkości rozwoju procesu chorobowego. Przypadki stacjonarne oraz o powolnym rozwoju, zbliżone do stacjonarnych, charakteryzowały się pomimo dłuższego czasu ich trwania, przyspieszeniem mniejszem, najczęściej poniżej 600 do 300 minut. Zaś przypadki z daleko posuniętą demencją (stadjum końcowe) oraz początkowe o burzliwym przebiegu wykazały znaczne przyspieszenie (formy manjakalne), często poniżej 100 minut a 3 przypadki nawet poniżej 50 minut.

4) Najciekawsze wyniki osiągnięto w grupie przypadków wątpliwych, albowiem odczyn opadania krwinek wypadł zgodnie z wynikami badania neurologicznopsychjatrycznego. W przypadkach tylko podejrzanych (6) szybkość opadania była normalna (4) lub nieco przyspieszona (1). W szóstym z nich przyspieszenie tłomaczyło się wiekiem (chory Nr. 65 lat 73). Natomiast pozostałe przypadki u których rozpoznanie było prawie pewne, a jedynie tylko wynik badania serologicznego był ujemny, wykazały przyspieszenie. A więc odczyn opadania krwinek może w przypadkach, w których obraz kliniczny pozwala przypuszczać istnienie porażenia, z dużem prawdopodobieństwem rozstrzygnąć na korzyść porażenia. Wyniki powyższe potwierdzają wnioski naszej pierwszej pracy z tem tylko zastrzeżeniem, że główne znaczenie dla stopnia przyspieszenia opadania ma szybkość rozwoju procesu porażenia, a więc postępowanie procesu. Wyniki obecne pozwalają nam stwierdzić, że odczyn Biernackiego ma dużą wartość pomocniczą w rozpoznaniu oraz rokowaniu porażenia.

Sédimentation des globules du sang dans la paralysie générale.

Par le Dr. ŚWIERCZEK et Dr. ST. KAISER - ŚWIERCZKOWA

Résumé.

Il s'agissait de 70 malades (49 atteints de la paralysie générale, 17 cas douteux, 2 cas de tabétiques, 2 cas avec lues cerebi) chez les-

quels les auteurs ont examiné la sédimentation des globules du sang selon la méthode de Biernacki.

Chez tous les 49 malades, atteints de la paralysie générale sauf 2, on a pu constater une accélération de la sédimentation des globules du sang proportionnelle au degré de la maladie. La réaction apparaisait après 600 à 100 et même 50 (3 états maniaques) minutes.

Les cas douteux ont donné de résultats très interéssants. Dans 5 cas suspects la réaction était normale (4) ou accélérée (1). Un sixième malade avec une accélération de la sédimentation était un vieillard. Chez les autres malades avec une diagnose qui était à peu près sûre quoique la diagnose sérologique était négative, l'accélération de la sédimentation était non moins évidente. Il en résulte que la sédimentation des globules du sang, selon la méthode de Biernacki, peut avoir une valeur diagnostique même dans les cas où l'épreuve sérologique a échoué, ce que présente une analogie avec les resultats des recherches des auteurs publiés précédemment. (v. Nowiny Psychjatryczne Rok X, fascicule III-IV.)

Nerwica przypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym.

Podał Dr. NORBERT PRÄGER (Lwów).

W związku z postępującem uprzemysłowieniem i pogarszającemi się warunkami pracy, ilość wypadków narasta jak lawina. W ślad zatem wzmaga się ilość przypadków nerwicy powypadkowej. Zwalczanie nerwicy przypadkowej stała się jednem z centralnych zagadnień medycyny społecznej.

Na progresję ilości przypadków wskazuje następująca statystyka przytoczona za Hadrichem:

W Hamburgu	w roku 1924.	— 5.876	wypadków
	w roku 1925.	— 8.864	„
	w roku 1926.	—12.255	„
	w roku 1927.	—16.351	„
W Hannowerze	w roku 1924.	— 1.893	„
	w roku 1925.	— 2.528	„
	w roku 1926.	— 3.117	„
	w roku 1927.	— 4.364	„

Stosunki w Polsce nie odbiegają pod tym względem od niemieckich. Z małego rocznika statystycznego za rok 1932 dowiadujemy się, że ilość wypadków osiągła liczbę 21 881, w tem 1.114 śmiertelnych. W ostatnich latach liczba wzrosła z 12. do 21. tysięcy. Na ten stromy wzrost krzywej wypadków składa się obok mechanizacji pracy cały szereg czynników, związanych z pogarszającemi się warunkami pracy. Ogranicza się ilość robotników, aby podwyższyć rentowność przedsiębiorstw, przyspiesza się bieg maszyn, skraca odpoczynki, wprowadza system premjowy. Nie odpowiednio uregulowana praca przy taśmie bieżącej eliminuje przerwy i doprowadzając do pracy płynnej, zmusza pracowników do ciągłego napięcia uwagi. Nikt nie liczy się z fizjologicznem zmęczeniem i z granicami wytrzymałości sił fizycznych i psychicznych robotnika. Troska o higjenę środowiska pracy zeszła na plan zupełnie daleki. Rezultaty nie dały na siebie długo czekać. Wypadki mnożą się w tępie zastraszającem; proporcjonalnie do ilości wypadków wzbiera fala nerwic powypadkowych.

W Niemczech wedle statystyki Horna, jeden procent wszystkich wypłacanych rent przypada na nerwice powypadkowe. Wyniki zestawień liczbowych Bissa, Merzbachera i Stursberga wykazują, że udział procentowy nerwic powypadkowych w ogólnej liczbie wypłacanych odszkodowań dochodzi do 1.9%. Nie ujawnia to rzeczywistej ilości nerwic powypadkowych, które nie zawsze stanowią podstawę do przyznania renty. W Polsce wedle informacyj przezemnie posiadanych, ilość nerwic powypadkowych nie jest liczbowo ujęta. Przymusowe ubezpieczenie od skutków wypadków obejmuje i u nas wszystkich pracowników. Badania i orzeczenia lekarskie, które są ustawowo wymaganym substratem dla ewentualnego przyznania odszkodowania, dostarczają potrzebnego materjału, który czeka jeszcze na statystyczne opracowanie. Stosunki u nas napewne nie są pod tym względem lepsze, niż w Niemczech. Wskazywała mi na to bezpośrednia obserwacja na Górnym Śląsku, gdzie przez okres kilkoletni pełniłem obowiązki rzeczoznawcy z zakresu neurologji i psychjatrji z ramienia Wyższego Urzędu Ubezpieczeń w Mysłowicach.

Nerwica powypadkowa stała się zjawiskiem masowym, przybrała charakter poważnego zagadnienia społecznego, którego nie wolno niedoceniać. Pomijam już kwestję olbrzymich wydatków, związanych z długoletniem wypłacaniem rent, lekarza interesuje w pierwszym rzędzie los tych nieszczęśliwców, którzy całemi lata-

mi wystawieni są na cierpienia fizyczne, moralne i materjalne, niezrównoważone żadną rentą, zasadniczo zresztą niższą od możliwości zarobkowych zdrowego robotnika. Wykształcił się typ ludzi, dla których choroba jest zawodem i środkiem do utrzymania. Ludzie ci wytrąceni z procesu zarobkowego, stają się ciężarem sobie, rodzinie i społeczeństwu, ulegają z biegiem czasu wykolejeniu społecznemu i trzymają się kurczowo swojej choroby, jako jedynego źródła utrzymania, a raczej marnej wegetacji.

Ustawa ubezpieczeniowa w swej obecnej postaci nie rozwiązuje sprawy nerwic powypadkowych, jako zjawiska społecznego. Zachodzi konieczność stworzenia nowych norm postępowania, któreby neurotyka nie traktowały tylko jako kandydata na poborcę renty, ale jako jednostkę chorą, która po wyleczeniu znaleźć może i musi powrotną drogę do produktywnie pracującego społeczeństwa. Reforma nie może iść jednak po linji zapatrywań pewnych autorów, których najjaskrawszymi wyrazicielami są Stier i Weiler, widzących w nerwicy powypadkowej niezwykły i przez ustawodawcę nieprzewidziany odczyn na ustawę ubezpieczeniową, zmierzający do jej nieusprawiedliwionego wyzyskiwania przez pewną grupę ubezpieczonych, opanowanych chciwością i żądzą zysku bez pracy. Autorowie ci zapoznają lub niedostrzegają ogólnego podłoża społecznego, z którego nerwica powypadkowa wyrasta. Stanowisko ich jest reminiscencją czasów wojennych, kiedy to represjami leczono tzw. nerwicę wojenną, choć naogół bez większego skutku. Represjami nie usuwano bowiem sytuacji, która pchała do ucieczki w chorobę. Ostra ręka zawiodła mimo jednorodności motywów i ujednoliconego postępowania rzekomo leczniczego. Uproszczona metoda zalecana przez autorów, polegająca nietylko na zasadniczem nieprzyznawaniu rent, ale i na odrzucaniu roszczeń leczniczych, nie prowadzi do celu. Rozwiązuje zagadnienie nerwicy powypadkowej od strony fiskalnej a nie społecznej.

W rzeczywistości, jak to później postaramy się wykazać, nerwica powypadkowa jest zjawiskiem niejednorodnem, o różnorakim mechaniźmie psychologicznym, zależnym nietylko od właściwości i czynników, leżących w osobowości neurotyka, jak konstytucja, przeżycia i sytuacja afektywna przed i po wypadku, ale od całokształtu warunków społecznych, jak stosunki panujące na rynku pracy, warunki pracy najemnej, a więc zależnej, wpływ pracy na stan zdrowia, stopa zarobkowa, sposób odżywiania, stosunki populacyjne, mieszkaniowe i tp. Nie odbiega ona pod tym wzglę-

dem od innych schorzeń, na których łączność z ogólnemi stosunkami społecznemi wskazał Grotjahn w swej patologji społecznej, nasuwając wyniki swych badań w tezach:

1). Stosunki społeczne stwarzają powstanie dyspozycji chorobowej.

2). Stosunki społeczne kryją w sobie warunki chorobowe.

3). Stosunki społeczne współdziałają w wywoływaniu choroby.

4). Stosunki społeczne wpływają na przebieg choroby.

Powstanie nerwicy powypadkowej łączy się z doznaniem wypadku. Stwierdzamy narazie sam fakt, nie wchodząc jeszcze w kwestję, czy zachodzi tylko związek czasowy, — nerwica po wypadku —, czy też związek przyczynowy, — nerwica wskutek wypadku i nie roztrząsając roli, jaką gra okoliczność, czy dany osobnik był lub nie był ubezpieczony i w jakiej mierze współdziała w powstaniu nerwicy powypadkowej konstytucja psychopatyczna i ogólna sytuacja afektywna przed i po wypadku.

Definicja pojęcia wypadku w rozumieniu ustawy.

Związek między nerwicą a wypadkiem stawia nas przed zadaniem określenia pojęcia wypadku. Jest to pojęcie prawne, a nie lekarskie, lekarz jednak, wydający orzeczenie, służące dla sędziego za substrat, na którym ten opiera swą decyzję potwierdzającą lub odrzucającą roszczenia odszkodowawcze, powinien bezwzględnie pewne definicje prawne opanować. Dotychczas w skład Sądu ferującego wyroki lekarz nie wchodzi. Sąd składa się z urzędnika administracyjnego i z reprezentanta pracodawców i pracobiórców, a więc dwóch zupełnych a jednego półlaika. W Niemczech toczy się jednak walka o to, aby rzeczoznawca lekarski zasiadał w tym Sądzie i spełniał nietylko rolę doradczą, ale fungował obok tamtych, jako równouprawiony sędzia. Ten sam postulat powinny wysunąć sfery lekarskie i u nas. Dzieje się to bowiem z dużą korzyścią dla sprawiedliwego wymiaru renty w Rosji sowieckiej i w Ameryce, gdzie zasiadają jako członkowie Sądu tylko lekarze jakoteż w Anglji, Francji i Włoszech, gdzie w skład Sądu wchodzi jeden lub dwóch lekarzy w charakterze pełnouprawnionych członków. Wysunąć można tego rodzaju żądania w oparciu o znajomość odnośnych przepisów prawnych, która powinna być bezwzględnie wymagana od lekarza pełniącego funkcje rzeczoznawcy, a w przyszłości być może i sędziego.

Austrjacka ustawa o ubezpieczeniu od wypadków z roku 1887 nie określa ani w swem pierwotnem brzmieniu, ani też w późniejszych zadaniach, pojęcia wypadku. Ogranicza się jedynie do omówienia rozciągłości i celu ubezpieczenia, jakoteż sposobu obliczania wynagrodzenia szkód, poniesionych na skutek wypadku. Podobną lukę wykazuje tekst niemieckiej ustawy z roku 1884. Poszczególne Sądy rozjemcze mogły wskutek tego różnie zastosować to pojęcie, w dalszem następstwie powstawały rozbieżności w judykaturze Sądów rozjemczych.

Nie każdy wypadek pokrywa się z wypadkiem w rozumieniu ustawy. Definicja wypadku w rozumieniu ustawy stała się koniecznością, w każdej bowiem sprawie musi być przedewszystkiem badane i ustalone, czy wogóle zachodzi wypadek w rozumieniu ustawy, bo w braku takiego wypadku bezpostawne jest każde żądanie uszkodzonego. Ustaleniem definicji pojęcia wypadku zajęła się specjalna konferencja przewodniczących Sądów rozjemczych. W wyniku dyskusji ustalono, jako najsłuszniejsze, następujące określenie wypadku w rozumieniu ustawy z roku 1887:

Jako nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu ustawy uważać należy 1) każde nagłe zdarzenie, 2) wywołane przyczyną zewnętrzną, 3) które zaszło z powodu pracy, 4) wywołało pośrednio lub bezpośrednio śmierć, obrażenie ciała lub chorobę pracownika.

W następstwie wypadku doznać można zarówno uszkodzenia ciała jak i uszkodzenia psychicznego, obojętne jest również, czy uszkodzenie jest następstwem urazu fizycznego, czy też przestrachu (Szeremeta). Wynika to z wykładni słowa „zdarzenie“. Nie musi się ono ujawniać nazewnątrz w formie dostąpnej dla zmysłów (błysk, zawalenie się, trzask, wybuch, woń, poparzenie itp.), lecz może działać drogą zmysłom niedostępną (zakażenie) lub nawet drogą psychiczną. „Nagłość“ nie musi trwać tylko moment lub mgnienie oka, lecz obejmować może czas dłuższy np. jedną szychtę. Warunek „z powodu pracy“ jest spełniony nietylko, jeśli wypadek zachodzi bezpośrednio przy wykonywaniu czynności; przyznaje się rentę także za wypadki takie, którymby dany robotnik nie uległ, gdyby nie wymogi i konieczność z jego stosunku pracy wynikające, a więc droga do pracy i powrót z pracy, podróż służbowa, napad bandycki na lokal pracy, zbrodniczy czyn osoby trzeciej, jako akt zemsty za działanie napadniętego, oparte na jego obowiązku służbowym. Wypadek musi być wywołany „przyczyną zewnętrzną“, nie zachodzi więc wypadek w rozumieniu

ustawy, jeśli ktoś dostanie krwotoku na tle gruźlicy.

Definicja wypadku (Betriebsunfall) w orzecznictwie ubezpieczeniowem niemieckiem, obowiązującem na Górnym Śląsku, aczkolwiek w słowach różna, w intencji jest identyczna i tak Horn w swem dziele „Praktische Unfall und Invalidenversicherung“ podaje, że wedle stałego orzecznictwa Państwowego Urzędu Ubezpieczeń (Reichsversicherungsamt), uznać należy za wypadek przy pracy, uprawniający do odszkodowania, zdarzenie ograniczone do krótkiego przeciągu czasu, na skutek którego uszkodzony niezależnie od swej woli doznaje uszkodzenia cielesnego lub psychicznego. Obojętne jest, czy uszkodzenie powstaje skutkiem urazu fizycznego lub psychicznego, czy występuje natychmiast, czy też później czy zdarzenie to jest wyłączną, czy też *istotnie* współdziałającą przyczyną zachorowania, względnie czy istnieje podłoże chorobowe, czy też nie. Koniecznem atoli jest czasowo ograniczone, szkodliwe działanie pracy, do czego zaliczyć należy i przypadki, w których sam wysiłek codziennej pracy w czasie krótkim był tak wzmożony, że wywołał szkodliwe następstwa.

Pełny Senat niemieckiego Państwowego urzędu Ubezpieczeń w orzeczeniu z dnia 26 II. 1914 roku podaje, że nieszczęśliwy wypadek zachodzi, jeśli uszkodzony, na skutek swej pracy zawodowej, narażony był na niebezpieczeństwo, które wywołało uszkodzenie. Nie uznaje więc za wypadek, wymagający odszkodowania, nagłego zesłabnięcia lub śmierci przy pracy na skutek istniejącego schorzenia np. ataku sercowego z zejściem śmiertelnem u osobnika z zwyrodnieniem mięśnia sercowego, ataku apoplektycznego na tle miażdżycy tętnic przy zwykłej (chwilowo nie wzmożonej) pracy. Z tym drugim przypadkiem spotykałem się niejednokrotnie w praktyce orzeczniczej. Znaczenie rozstrzygające ma tu okoliczność, czy atak apoplektyczny nastąpił w czasie *zwykłej* pracy, czy też dany osobnik, wskutek wymogów wykonywanej pracy, nie by zmuszony do czasowo ograniczonego, wzmożonego wysiłku, wtedy bowiem zachodzi wypadek podczas pracy. (Betriebsunfall).

Z koniecznością określenia, czy zachodzi wypadek w zrozumieniu ustawy, spotyka się Sąd często u epileptyków, gdy w czasie wykonywania pracy wystąpił napad drgawek z upadkiem na twarde podłoże, który wywołuje pęknięcie czaszki lub inne uszkodzenie. Nie ma tu mowy o wypadku podczas pracy w rozumieniu ustawy. W jednym znanym mi przypadku sprawa przedstawiała się bardziej zawile. U osobnika, wskutek urazu w czaszkę,

doznanego przed laty, rozwinęła się padaczka pourazowa. Uszkodzony pobierał z tego tytułu 40%-wą rentę. Ze względu na dużą ilość lat przepracowanych w tej samej kopalni, przyjęto go do pracy z powrotem, nie zjeżdżał jednak pod ziemię, lecz spełniał funkcje posługacza biurowego. Pewnego razu osobnik ten, stojąc na drabinie, dostał ataku padaczkowego, spadł z wysokości kilku metrów i doznał ponownego pęknięcia czaszki. Zachodziła kwestja, czy mu przysługuje odszkodowanie, czy też nie. Dochodzenia wykazały, że w zasadzie w zakres jego *zwykłej* pracy nie zachodzi wspinanie się na drabinę z własnej ochoty, lecz wystąpiła wtedy nieprzewidziana konieczność takiego właśnie postąpienia. W związku z tem przyjęto, że zaszedł wypadek podczas pracy, wymagający odszkodowania.

Z innych sytuacyj wchodzących tu w grę, przytoczyć jeszcze można uszkodzenie, wywołane upadkiem wskutek nagłego zawrotu głowy przy miażdżycy tętnic mózgowych, chorobie Menièra itp. Nie ma tu mowy o wypadku w rozumieniu ustawy.

W określeniu pojęcia wypadku, różne ustawodawstwa są naogół zgodne, ułatwia to jednolite traktowanie sprawy odszkodowania w poszczególnych dzielnicach Polski. Aby wykazać tę jednolitość tendencyj nawet w skali europejskiej, przytoczę jeszcze definicję wypadku stosowaną we Francji. L'accident est un évenement anormal en général soudain ou tout au moins d'une durée courte et limitée qui porte atteinte à l'integrité ou à la santé du corps humain. (Adrion-Sachet).

Niejednokrotnie w orzeczeniach natrafiałem na fakt, że lekarz orzekający przedemną wyrażał wątpliwość, czy w przypadku, będącym przedmiotem jego orzeczenia, zachodzi wypadek w rozumieniu ustawy. Polega to na zapoznawaniu obowiązków lekarza rzeczoznawcy. Definicja pojęcia wypadku i podciągania pod to pojęcie poszczególnych wypadków należy w obecnym stanie rzeczy do prawnika i wychodzi poza zakres czynności lekarza, który powinien się ograniczyć do przyjęcia lub wykluczenia związku przyczynowego między uszkodzeniem a wypadkiem i do określenia ewentualnego ograniczenia zdolności zarobkowej na skutek doznanego uszkodzenia. Lekarz przeważnie nie zna tak dokładnie warunków pracy i obowiązujących przepisów prawnych, wraz z ich finezjami, aby uzurpować sobie prawo rozstrzygania w tak ważnej kwestji, stwarza zaś zupełnie niepotrzebnie szkodliwe dla interesów ubezpieczonego sugestje, które mogą mimowolnie oddziaływać na sędziów.

Analogicznie psychjatra określający pro foro stopień poczytalności sprawcy, nie wdaje się w krytykę kwalifikacji prawnej czynu przestępczego. Mimo to w obu tych sytuacjach, lekarz rzeczoznawca musi się orjentować w zasadniczych pojęciach prawnych.

Istota nerwicy powypadkowej i analiza pojęć potrzebnych do jej określenia. Definicja pojęcia nerwicy powypadkowej łączy się z naszemi zapatrywaniami na nerwicę wogóle. Doświadczenie z okresu wojny, w czasie której we wszystkich walczących armjach rozlała się szeroko fala nerwic, wzbogaciła nasze doświadczenia w tej mierze i ugruntowała poglądy wypowiadane nieśmiało już w czasie przedwojennym. W drugiej połowie XIX wieku pod wpływem rozwoju anatomji patologicznej, chemji fizjologicznej i patologicznej i innych nauk biologicznych przeważało nastawienie materjalistyczne. Wkrótce nastąpił zawód, nie udało się wykryć materjalnego podścieliska nerwic, wprowadzono więc pojęcie zmian czynnościowych w danych narządach, nie tracąc nadzieji, że dalszy rozwój nauk biologicznych i techniki mikroskopijnej wypełni to pojęcie zastępcze treścią anatomiczną, fizyczną, chemiczną lub inną. Udało się cały szereg jednostek chorobowych wykluczyć z szeregu nerwic, jak drżączka porażeniowa (paralysis agitans), pląsawica (chorea minor) co spotęgowało nadzieje i wysiłki, idące w tym kierunku. Szybko jednak znaleziono się w martwym punkcie. Dalszy pochód odkrywczy został zatrzymany. Bez oparcia o fakty, poczęto snuć hipotezy. Pod wpływem odkryć fizykalnych, mówiono o molekularnych lub dynamicznych zmianach w strukturze systemu nerwowego, w miarę rozwoju chemji fizjologicznej o zaburzeniach odżywczych, o wadliwym procesie asymilacji i dysymilacji. Veragouth wprowadził termin „zaburzenie napięcia nerwowego“ (neurotonus), Oppenheim rozwijał teorję o działaniu silnych podniet czuciowych lub zmysłowych, wywołujących ruch falisty, który przenosi się aż do kory mózgowej, lub substancji szarej rdzenia i powoduje zaburzenia w centralnych mechanizmach inerwacyjnych, doprowadzając w pewnych przypadkach do t. zw. porażenia odruchowego (Reflexlähmungen). Tak np. przy skaleczeniu kończyny górnej, podnieta może się przewodzić, wśród bliżej nieznanych warunków, do rogów przednich rdzenia wywołując zaporę dla impulsów dopływających do rdzenia mózgu. Oppenheim sądził, że silne podniety wywołują zaburzenia w czynności systemu nerwowego ośrodkowego. „Na skutek przemieszczenia najdelikatniejszych elementów,

pojawiają się zapory w szlakach nerwowych i ulegają przerwie związki; powstaje w ten sposób pewnego rodzaju diaschisis, proces, którego mikroskopem nie wykryjemy, nie polegający wprawdzie na ostatecznem zniszczeniu tkanki nerwowej, ale stwarzający przeszkody w przewodzeniu podniet nerwowych i czuciowych". W swej pracy o nerwicach wojennych ogłoszonej w roku 1918, Oppenheim poddaje swe stanowisko rewizji, dopuszcza istnienie form mieszanych, nie wyklucza już wpływów psychicznych, czynnych zwłaszcza przy utrwaleniu zaburzeń. Opiera się na pracach Kehrera, który analizując czynnościowy skurcz powiek, i taką samą głuchotę i oczopląs, przyjmuje pierwotne zaburzenie czysto odruchowe, powstałe pod wpływem nadmiernie usilnej podniety czuciowej, które dopiero następowo ulega psychorodnemu utrwaleniu. Podobnie dla wytłumaczenia zmian troficznych rozwijających się w kończynach czynnościowo porażonych, nie wystarczają wedle Oppenheima i Kehrera wpływy psychiczne, a nawet zaburzenia w krążeniu, wynikłe z wypadnięcia funkcji ruchowej kończyny, ale i czynniki czysto cielesne, bądźto pochodzenia odruchowego (Oppenheim) bądź też związane z t. zw. limfofilją (Kehrer), uwarunkowaną swoistą dyspozycją ścian naczyń limfatycznych, a może i odmiennym składem chemicznym limfy lub zaburzeniami w ogólnej przemianie materji, czy też w funkcji gruczołów dokrewnych. (Kutzinski). Badania te wykazują, że istnieją pozornie funkcjonalne zaburzenia, które w rzeczywistości są wynikiem współdziałania czynników psychicznych i organicznych zmian cielesnych.

Teorja Oppenheima, jako zupełnie nieugruntowana, wywołała szybko wzbierającą falę reakcji, która pokryła zapomnieniem już zupełnie realne wyniki badań Kehrera lub Förstera, który również nie wyklucza, rzadkiej zresztą możliwości, powstania następowych porażeń ruchowych drogą odruchową, opierając się na zaobserwowanym przez się wypadku, gdzie wklinowanie nerwu czuciowego doprowadziło do przykurczu w odpowiedniej grupie mięśniowej. Teorja Oppenheima, zwłaszcza w pierwotnej swej koncepcji, utrzymać się nie mogła, nie wytrzymała ciosów zadanych jej przez Nonnego, Gauppa, Kaufmanna, Bonhöffera i innych na monachijskim zjeździe psychjatrów i neurologów niemieckich, odbytym w roku 1916. Gaupp słusznie ją nazwał mitologją molekularną. Ze starej teorji Oppenheima pozostały tylko strzępy, w oparciu bowiem o badania Kehrera i Förstera musimy dopuścić, rzadko zresztą zachodzącą możliwość, zaburzeń refleksogennych, które wypadają

poza zakres czystych zaburzeń czynnościowych, warunkiem ich powstania są bowiem także zmiany cielesne, inwalidztwo mięśni gałek ocznych przy oczopląsie, wklinowanie nerwu czuciowego przy przykurczu i limfofilja przy zmianach troficznych.

W ogniu polemiki, toczonej z obu stron z dużym nakładem energji i argumentów, przypominającej czasami spory scholastyczne średniowiecznych mnichów (Gaupp), wykrystalizowały się następujące pojęcia:

O zmianie organicznej mówić możemy tylko wtedy, jeśli znajdziemy dostrzegalne zmiany w strukturze anatomicznej danego narządu. Terminy, jak zaburzenie molekularne, przemieszczenie delikatnych elementów itp., wprowadzają tylko chaos. Nie znamy i nie uznajemy również „zmian mikrostrukturalnych w mózgu" (Sarbó), które miałyby być czemś pośredniem między organiczną zmianą anatomiczną a zaburzeniem czynnościowem. Powstają wedle tego autora, po urazach trafiających czaszkę, jako skutek chwilowego wklinowania rdzenia przedłużonego w dużym otworze potylicznym, które wywołuje krótkotrwałe zaburzenie w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Urazy takie, pociągające za sobą wstrząs mózgu, mogą istotnie spowodować zmiany w tkance nerwowej, mają jednak, o ile występują, charakter wyraźnie organiczny (Friedmann, Jakob, Kocher, Horn, Schwab).

Starą teorję Sarbó podjął w ostatnich latach Löwenthal (w r. 1926). Autor ten przyjmuje, że istnieje stadjum pośrednie pomiędzy organicznem uszkodzeniem tkanki mózgowej a zaburzeniem czynnościowem, powstałem jako skutek urazu. Podłożem anatomicznem nerwicy pourazowej, są wedle Löwenthala, zmiany w komórkach nerwowych, które zachowują wprawdzie zdolność do życia, ale uległy trwałej zmianie. Zmiana ta tłómaczy wypadnięcie czynności komórek. Löwenthal wychodzi z zupełnie fałszywego założenia, że warunkiem wypadnięcia czynności komórki jest częściowe lub zupełne jej zniszczenie, tymczasem np. w narkozie nie ma mowy o uszkodzeniu komórki nerwowej, a jednak występuje wypadnięcie czynności (Redlich).

Użyliśmy już kilkakrotnie terminu zaburzenie czynnościowe, nie tłumacząc jego znaczenia Pojęcie to obecnie rozwiniemy. Cechą schorzenia organicznego są właściwości pozytywne, istnienie uchwytnych zmian anatomicznych w skrukturze narządu. Zaburzenie czynnościowe narządu określamy negatywnie, rozumiejąc przez pojęcie „*Stanów czynnościowych*" (Blum), zaburzenia w

czynności narządów, przy niezmienionej strukturze anatomicznej. W braku zmian anatomicznych mieści się możliwość zupełnego wyrównania tych zaburzeń. Granice zaburzeń czynnościowych wytyczone są zawsze tymczasowo, a zależą od chwilowego stanu wiedzy. Rzekoma zmiana czynnościowa, zaatakowana przy pomocy ulepszonych metod badawczych, może się zdemaskować jako schorzenie organiczne. Przejść jednak stanów pośrednich między zaburzeniem czynnościowem a organicznem, przynajmniej w zakresie systemu nerwowego ośrodkowego, niema. Są to wedle Bumkego „anomalje“ nie struktury, lecz czynności tkanki nerwowej, odchylenia ilościowe, a nie jakościowe, nie stwarzające nowych, zmienionych materjalnych podścielisk dla procesów psychicznych i ich wyrazów cielesnych, lecz będące odmianami normalnych zjawisk, odbywających się w podłożu materjalnem. Kryją się za niemi pewne zmiany chemiczne czy dynamiczne; jako przyrodnicy musimy je uznać, ale tylko ilościowo różne od normalnych procesów chemicznych czy dynamicznych, których i tak zresztą nie znamy. Jeśli w mózgu powstaje guz, materjalne podłoże ulega zasadniczej zmianie; da się to porównać z mechanizmem zegara, w który dziecko wepchnęło rękę, zaburzenie zaś czynnościowe odpowiada zmienionej czynności zegara, w którym wydłużono lub skrócono wahadło. Stosunki są już bardziej zawiłe w narządach wewnętrznych. Wedle badań Bergmanna zaburzenia czynnościowe mogą doprowadzić do substratu anatomicznego. Są to niejako dwa ogniwa końcowe tego samego procesu rozwojowego, prowadzącego od zaburzenia czynnościowego do „dokumentu anatomicznego“. W ten sposób pada granica między zmianą czynnościową, n. p. nerwicą żołądka a wrzodem w jego ścianie. Na skutek zaburzenia w unerwieniu żołądka, powstaje skurcz naczyń krwionośnych, bądźto samoistny, bądźteż wywołany skurczem umięśnienia błony śluzowej który zwęża światło drobnych tętniczek. Pociąga to za sobą zaburzenie odżywcze w ograniczonem miejscu ściany żołądka samotrawienie i wrzód (Ulcus neurogenes spasticum). Anatomicznie uchwytny „dokument“ jest więc fazą następową. Punktem wyjścia było zaburzenie czynnościowe unerwienia żołądka, anatomicznie nieuchwytne, zdradzające się jedynie na zewnątrz wzmożoną pobudliwością systemu wegetatywnego jako całości i wynikiem prób trawiennych. Samo zaś zaburzenie czynnościowe (Betriebsstörung wedle nomenklatury Bergmanna, który unika nazwy nerwica), może być wywołane przyczynami cielesnemi, nie ograniczają-

cemi się specjalnie do żołądka (Körperliche Gesamtsituation) lub przyczynami psychicznemi, a więc jest psychorodne. Zaburzenie psychorodne jest wprawdzie zaburzeniem czynnościowem, nie każde jednak zaburzenie czynnościowe jest pochodzenia psychorodnego, nie są to więc pojęcia identyczne.

W ten sposób doszliśmy do ważnego dla naszych rozważań, zmierzających do poznania istoty nerwicy powypadkowej, *pojęcia psychorodności.*

Termin „zaburzenie psychorodne" wprowadzony został przez Sommera i uzyskał szybko prawo obywatelstwa w psychjatrji. Możemy go interpretować w sposób ścieśniony lub rozszerzony. Psychorodną jest każda reakcja człowieka na wrażenie psychiczne Tak szeroko ujęte pojęcie byłoby tylko przeszkodą przy analizie zjawisk psychopatalogicznych, dlatego *za psychorodne uważać będziemy tylko zaburzenia patologiczne w sferze tak psychicznej, jak i cielesnej, ktore są niezwykłemi odczynami na podniety psychiczne.* Dawniej sądzono, że reakcje psychorodne są „ideogenne", że wywołane są czystemi wyobrażeniami (Moebius), dzisiaj uważamy afekt za siłę popędową uruchamiającą mechanizmy psychorodne, są one więc w istocie swej „tymogennemi". Działają tu rozliczne czynniki opatrzone nabojem afektywnym, więc uczuciowo zaakcentowane wyobrażenia, oczekiwanie jakiegoś ważnego zjawiska, sprzężone z napięciem afektywnem, spotęgowanem jeszcze wpływami autosugestywnemi, życzenia, objawy, urazy psychiczne z następowemi konfliktami lub kompleksami, wypartemi z świadomości na skutek ich nieznośnego akcentu uczuciowego, lub rozbieżności z ogólnemi tendencjami osobowości i t. p. Czynniki te działają patogenetycznie niekiedy zaś i patoplastycznie (Birnbaum), kształtując treść obrazu psychorodnego, który symbolizuje wtedy doznane wrażenie psychiczne, lub pozostaje z niem w związku zrozumiałym np. w tzw. „histerji wyrazowej". (Jaspers, Schneider). Reakcje psychorodne spotykamy na całym obszarze zjawisk psychopatologicznych, nadające nawet ścieniowanie i rysy indywidualne „procesom" w sensie Jaspersa, więc schorzeniom psychicznym z urazem psychicznym niezwiązanym, wchodzące w nie jako element nieswoisty jako nawarstwienia, np. mechanizmy histeryczne przy schizofrenji.

Psychorodnego pochodzenia są w sferze psychicznej rozliczne stany przygnębienia, fobje, nerwice anankastyczne, psychozy wię-

zienne i indukowane, paranoiczne reakcje pieniacze, stany pomroczne, otępienie rzekome i t. p.

W sferze neurosomatycznej opis i wyszczególnienie zaburzeń psychorodnych jest, ze względu na mnogość i różnorakość obrazów, wprost niemożliwe. Odzwierciedla się w nich bowiem, poza pewnemi preformowanemi mechanizmami biologicznemi, cała pełnia i rozmaitość wielobarwnych wyobrażeń o wyglądzie choroby którą osobnik usiłuje demonstrować, lub której się obawia, związana jest ze stopniem wykształcenia danej jednostki i z zapatrywaniami pobranemi ze środowiska, zależy od zapoznania się z objawami schorzeń, zaobserwowanych w przeszłości u członków rodziny lub u znajomych, od lektury książek, kalendarzy i podręczników pseudolekarskich i tp.

Ogólnie rzecz biorąc, zaburzenia te polegają na dysfunkcji danych narządów, czy też części ciała. Spotykamy więc upośledzenie czynności lub czynność wzmożoną i to trwale lub napadowo. Często ulegają zaatakowaniu czynności złożone, jak chód lub mowa i to w całości lub tylko częściowo. Spotykamy więc porażenie kończyn dolnych, albo też utykanie, czy też zmianę sposobu chodzenia, przybierającą dziwaczne i groteskowe formy, w zakresie mowy jąkanie lub niemotę. Natrafiamy na repertuar bardzo bogaty i różnoraki, w skład którego wchodzą: abasia, astasia, drżenia, wzmożone napięcia mięśniowe, hemi, para i monoplegje, zaburzenia równowagi i ułożenia ciała, głuchota, głuchoniemota jąkanie, ślepota, skurcz powiek, zaburzenia czuciowe. Do tego dołączają się zaburzenia w narządach wewnętrznych, które są wewnętrznym frontem afektywnego aparatu wyrazowego, „narządami wyrazowemi jak ręka, noga lub twarz“ (Weizsäcker). W rezultacie spotykamy zaburzenia czynności narządów krążenia, oddechowego moczopłciowego i przewodu pokarmowego. Ten jest wedle Weizsäckera sferą, w której wyrażają się głównie „konflikty jaźni ze sobą i wstrząsy własnej egzystencji. Podobnie istnieją związki między życiem seksualnem a psychorodnemi zaburzeniami czynności serca i ruchów przepony. Kehrer przyjmuje, że u pewnych osobników, maskujących na wewnątrz spokój w sytuacjach, które wywołują silne wzruszenie, występuje przemieszczenie ruchów wyrazowych ku frontowi wewnętrznemu i zaburzenia czynności narządów wewnętrznych. Jeśli takie sytuacje powtarzają się często, lub napięcie afektywne trwa długo, drogą na-

wyku i wyślizgania, te z natury przejściowe zaburzenia się utrwalają i powstawają nerwice narządów wewnętrznych.

Reichard za reakcje psychorodne uważa tylko te zaburzenia cielesne i psychiczne, które powstają jako rezultat oczekiwania danego osobnika na ich wystąpienie. Jeśli zaś to oczekiwanie sprzężone jest z życzeniem, aby one się pojawiły, gdy odpowiadają tendencji osobnika, aby zachować, względnie chorobę zademonstrować, reakcja staje się histeryczną. Reakcja psychorodna jest więc pojęciem szerszem, nadrzędnem, reakcja histeryczna jest jej podgrupą. Reichard wyjaśnia to na przykładzie. U neuropaty w stanie wzruszenia, np. podczas badania lekarskiego, może powstać stopotrząs, jeśli badany stopę oprze na końcach palców. Jestto wyraz efektu, a nie reakcja psychorodna. Gdy podczas następnego badania ten sam osobnik, na skutek poprzednio zrobionego doświadczenia, powstanie, wyraz efektu staje się reakcją psychorodną, którą badany może zahamować, stawiając stopę całą powierzchnią na podłodze. Gdy jednak osobnik ten stopę celowo utrzymuje w poprzedniem położcniu i podtrzymuje w ten sposób stopotrząs, aby zrobić wrażenie chorego, reakcja czysto psychorodna przemienia się w histeryczną. Z definicją Reicharda trudno się pogodzić. Oczekiwanie w nastroju obojętnym nie wywoła żadnej dysfunkcji i nie uruchomi „mechanizmu autosugestywnego“ (Braun). Tylko, jeśli oczekiwanie ma pewien przydźwięk życzeniowy, lub jest podbarwione obawą, oczekiwany skutek cielesny może się urzeczywistnić. Reakcja psychorodna rozpadałaby się więc na podgrupę histeryczną i hipochondryczną. Tymczasem wedle Reicharda reakcja hipochondryczna wypada wogóle poza ramy reakcji psychorodnej, ponieważ jest ona „zrozumiałym wyrazem efektywnym instynktu samozachowawczego“ osobnika, lękającego się o swoje zdrowie, który swe sugestywnie lub efektywnie powstałe niezwykłe odczuwanie narządowe, rozbudowuje psychicznie. Objawy histeryczne mogą jednak również być i są też niezwykle często psychicznie rozbudowanym wyrazem instynktu samozachowawczego. Świadczą o tem doświadczenia wojenne. Idąc więc konsekwentnie po linji Reicharda, powinnibyśmy i reakcje histeryczne wyrzucić poza nawias reakcji psychorodnej, którąby w ten sposób zapadła się w próżnię. Pomijam już okoliczność, że konstrukcja Reicharda doprowadza do chaosu w nomenklaturze, zmusza bowiem do odgraniczenia reakcji psychorodnej, powstałej z oczekiwania od tzw. Erwartungsneurose (Kraepelin, Isserlin), której

Reichard nie zalicza do reakcyj psychorodoych,

Polemizując z Reichardem doszliśmy do reakcji histerycznej. Przymiotnika „histeryczny“ używamy na określenie reakcji psychorodnej specjalnego typu, mianem tem obejmujemy też pewne wrodzone cechy charakterologiczne. Ten sam termin wyraża więc jakości zupełnie rozbieżne. Dawniej charakter histeryczny i pewną grupę psychorodnych zaburzeń cielesnych zlewano w jedno. Cechy charakterologiczne i zaburzenia cielesne składały się na samodzielną jednostkę kliniczną „histerję“. Okazało się jednak, że histeryczne cechy charakterologiczne nię są nieodzownym warunkiem do powstania pewnego typu zaburzeń cielesnych, rzekomo dla histerji patognomicznych. Znaleźli się „histerycy bez histerji“ (Kahn), tj. osobnicy o charakterze histerycznym bez zaburzeń cielesnych i naodwrót. Jedynym łącznikiem między charakterem histerycznym a histerycznemi manifestacjami cielesnemi, jest większa ńiż u innych typów skłonność do produkowania cielesnych objawów histerycznych. Taką samą predyspozycję spotykamy jednak także u tzw. osobników prymitywnych, co więcej każdy człowiek może popaść w histerję (Hoche), o ile napór ciężkich przejść jest dostatecznie silny. Wyłoniła się więc konieczność rozgraniczenia manifestacyj cielesnych od charakteru histerycznego.

Najlepsze określenie charakteru histerycznego dali Jaspers i Bumke, które zdobyło powszechne uznanie i przeniknęło do wszystkich prawie podręczników psychjatrji i neurologji. Podamy tu definicję Bumkego, pokrywającą się prawie zupełnie z określeniem Jaspersa. Cechami zasadniczemi charakteru histerycznego jest egoizm, niewydolność w stosunku do zadań życiowych, tendencja, aby z życia więcej wydobyć, niż na to pozwalają warunki tkwiące we własnej osobowości i w stosunkach ogólnych, wybujała fantazja, chwiejność uczuciowa, kłamliwość i teatralność, gonitwa za sensacjami, rozmiłowanie w intrygach i skandalach, krótko mówiąc naturalną postawą życiową charakteru histerycznego jest poza.

Histeryczne zaburzenia cielesne są pochodzenia psychorodnego. Pierwotnie Oppenheim usiłował oddzielić objawy neurasteniczne (więc nie psychorodne) od histerycznych. Był to podział sztuczny, uie można uznać swoistości patognomonicznośc objawów histerycznych, nie istnieje histerja jako samodzielna jednostka kliniczna, istnieją tylko reakcje histeryczne. Drżenia, przyspieszona akcja serca, ból głowy, czy też zaburzenia w czynności

przewodu pokarmowego, występują w tej samej postaci tak przy histerji, jak i przy neurastenji. Fasada zewnętrzna jest ta sama tam zaś gdzie nie ma „swoistych objawów i stygmatów« (Blum) nie można mówić o ściśle określonej jednostce chorobowej.

Przymiotnikiem „histeryczny" opatrujemy jeszcze t. zw. napady (accidents mentaux). Są to krótkotrwałe zaburzenia świadomości z syndromem motorycznym lub bez niego, które pozostawimy bez omówienia, ponieważ są zbędne dla zrozumienia istoty nerwicy powypadkowej, do której zmierzamy ustalając i definjując potrzebne nam do tego pojęcia.

Reakcja histeryczna jest reakcją psychorodną, objawy chorobowe zawdzięczają swe pochodzenie i utrwalenie czynnikom psychicznym. Wszystkie psychorodne objawy cielesne, wśród nich i histeryczne są natury czynnościowej.

Nie mówimy więc o zaburzeniu psychorodnem, jeśli przy istniejącej miażdżycy tętnic mózgowych, wystąpi pęknięcie naczynia krwionośnego w mózgu, na skutek wzmożonego ciśnienia, wywołanego nagłem wzruszeniem. Nie jest to bowiem zmiana czynnościowa, tylko anatomiczna i spowodowana została nietyle wpływami psychicznemi sensu strictiori, ile fizjologicznym, wspólnym całemu gatunkowi, wyrazem afektu, który postawił zmieniony system krwionośny chwilowo w odmiennych warunkach pracy (podwyższone ciśnienie), przekraczających granice jego sprawności.

Psychorodne zaburzenia cielesne są natury czynnościowej, stosunek ten jednak nie jest odwracalny, nie każde zaburzenie czynnościowe jest psychorodne. Sfera zjawisk czynnościowych jest szersza. Zaburzenia neurasteniczne są czynnościowe nie będąc psychorodnemi, podobnie przedstawia się rzecz w pewnej grupie nerwic narządowych. Pozatem o psychorodności zaburzeń cielesnych nie decyduje tylko ich czynnościowość i psychiczna geneza, muszą spełniać i warunek trzeci, polegający na podtrzymaniu i utrwalaniu powstałych zaburzeń działaniem czynników psychicznem. (Abnorme seelisch entstandene und seelisch festgehaltene körperliche Funktionsstörungen — Blum, Braun, Hansen). Sprawę t. zw. usamodzielnienia się zaburzeń cielesnych omówimy później.

Reakcja histeryczna jest podgrupą reakcji psychorodnej, która jest pojęciem szerszem. Powstaje pytanie, którą to reakcję wyróżnić jako historyczną na obszarze reakcyj psychorodnych. Niektórzy badacze tego rozgraniczego wogóle nie uznają, oznaczając mianem reakcji histerycznej wszystkie psychicznie powstałe i psy-

chicznie utrwalone czynnościowe zaburzenia cielesne (Gaupp, Blum, Schneider). Większość autorów wyszczególnia jednak reakcję histeryczną podkreślając w niej charakterystyczne czynniki motywistyczne, prześwieca bowiem przez nią „wola o ściśle określonym kierunku“ (Bonhöffer), która jest wrazem pewnych tendencyj, odzwierciedlających życzenia, aby zachorować, względnie w sposób skuteczny chorobę w pewnych celach zademonstrować. Jeśli ten zamiar jest świadomy, mamy do czynienia z symulacją, jeżeli reakcja jest nieświadoma, „sferyczna“ (Schilder, Kretschmer) zachodzi reakcja histeryczna. Ten kąt widzenia znalazł wyraz w najczęściej dziś w literaturze i orzecznictwie spotykanych definicjach, z których najcharakterystyczniejsze przytoczymy:

Bonhöffer: Cechą zasadniczą reakcji histerycznej jest fakt, że odszczepienie kompleksu psychicznego powstaje pod wpływem woli o ściśle określonym kierunku. To przeświecanie woli o zdecydowanym kierunku, narzuca się nam w demonstrowanych objawach chorobowych, jako rzecz swoiście histeryczna. Kierunek woli histerycznej odpowiada chęci zachorzenia.

Pönitz: Mianem zjawisk histerycznych obejmujemy te wszystkie objawy cielesne i niezwykłe stany psychiczne, w których wywołaniu lub podtrzymywaniu osobnik jest instynktownie lub świadomie zainteresowany. Nie obywają się bez współudziału woli, ponieważ zjawiska te osobnik uważał w przeszłości lub obecnie za korzystne dla siebie.

Kretschmer: O reakcji histerycznej mówimy wtedy, jeśli pewna tendencyjna grupa wyobrażeniowa posługuje się mechanizmami preformowanemi odruchowo, instyktownie lub wogóle biologicznie.

Tak więc w ucieczce w chorobę (Freud), w woli i życzeniu zachorzenia widzi się dzisiaj zasadnicze cechy reakcji histerycznej i w ten sposób my ją będziemy rozumieć. Ma to doniosłe znaczenie nietylko teoretyczne ale i praktyczne, zwłaszcza w prakytce orzeczniczej.

Omówimy jeszcze jeden typ reakcji psychorodnej, mianowicie reakcję hipochondryczną, ponieważ spotykamy ją niekiedy na obszarze nerwic powypadkowych. Polega na charakterystycznem „nastawieniu osobnika do swego ja“ (Kehrer), związana jest z pewnemi odczuwaniami cielesnemi, nie opartemi jednak na zmianach anatomicznych. Decydującym czynnikiem przy powstaniu reakcji hipochondrycznej jest obawa o integralność cielesną, oparta o odczuwania cielesne, które utrwalają hipochondryka w mniemaniu, że

jest istotnie chory. Obawa o stan zdrowia i następowe przekonanie, że obawa się już ziściła, są elementami, które konstytuują reakcję hipochondryczną. Lęk przed zachorzeniem może być wypływem czynników konstytucjonalnych. Mamy tu na myśli typy asteniczne, miękkie, skłonne do zmartwień, które pędzą całe swe życie wśród ustawicznej troski o zdrowie i obserwują czujnie wszystkie swe przejawy cielesne. Kierują swą uwagę na pewne fizjologiczne czynności, odbywające się automatycznie, bez współudziału świadomości, wpływają na nie ujemnie, wkraczając bowiem w mechanizmy odruchowe wywołują w nich zaburzenia. Staje się to źródłem wzmożonych sensacyj i odczuwań cielesnych i pogłębia obawy o stan zdrowia, względnie przekonanie o istnieniu schorzenia. Podsycają to nastawienie wpływy środowiskowe, jak nieostrożne uwagi lekarza, które dostarczają tworzywa dla późniejszej rozbudowy psychicznej. Podobnie działa lektura rozmaitego rodzaju leksykonów lekarskich. Źródłem obaw hipochondrycznych może być przebyte w przeszłości schorzenie jakiegoś narządu, które pozostawiło trwały skutek psychiczny pod postacią obawy przed nawrotem, dalej stan wyczerpania po przebytych wysiłkach fizycznych i sytuacja psychologiczna związana z zawodem. Mamy na myśli medyków, którzy niejednokrotnie znajdują u siebie objawy wszystkich chorób, z któremi zapoznają się teoretycznie, starzejących się lekarzy, pielęgniarzy i t. p. Często punktem wyjścia reakcji hipochondrycznej jest doznany uraz fizyczny. Łączy się z nim obawa o poważne skutki w teraźniejszości i oczekiwanie komplikacyj, które mogą wystąpić w przyszłości. To ogólne nastawienie może podsycać przeciągające się niekiedy, cielesne objawy przeżytego przestrachu, związanego z sytuacją, w której uraz zadziałał. Odzwierciedlają się tu dalej poglądy szerokich warstw ludności na mniejszą lub większą szkodliwość urazu w zależności od miejsca, na które on zadziałał. (tzw. przesądy hipochondryczne — Reichard). Powstaje stan napięcia afektywnego, rozwarte są szeroko bramy dla wpływów sugestywnych i autosugestywnych, które napięcie afektywne uwielokrotniają i wzmagają. Cały krąg wyobrażeń ulega wessaniu przez obawę o przyszłość, wreszcie utrwala się przekonanie, że na skutek urazu rozwinęła się ciężka choroba. Dominuje więc zrazu obawa o stan zdrowia i o następstwa socjalne choroby; obawa dostarcza reakcji hipochondrycznej paliwa afektywnego, ogniwem zaś końcowem jest przekonanie o zachorzeniu, przybierające niekiedy charakter „idei nadwartościowej“ (Braun). Obawa i wiara

w zachorzenie odgranicza reakcję hipochondryczną od histerycznej. Hipondryk cierpi, nie oglądając się na ewentualny zysk czerpany z choroby, histeryk zaś podświadomie życzy sobie i pielęgnuje swoją chorobę, zezuje zawsze w stronę otoczenia, szuka w niem korzystnego dla własnych interesów resonansu, jest, jak powiada Kretschmer, cichym wspólnikiem w przedsiębiorstwie, które chce uczynić rentownem dla siebie.

Ze względów teoretycznych musimy te dwie reakcje od siebie oddzielić, w praktyce natrafia to na pewne trudności, istnieją rozliczne przejścia. Obawa jest niekiedy odwrotną stroną nieuświadomionego życzenia „(Bleuler), histeryk przywdziewa często maskę hipochondryka, okazuje" gesty hipochondryczne (Hauptmann), hipochondryk zaś, jeśli sądzi, że otoczenie nie przykłada dostatecznej wagi do jego cierpień, przesadza i teatralizuje, nakłada bardziej jaskrawe kolory. Reakcja pierwotnie hipochondryczna ulega zhisteryzowaniu, nie przygasa z biegiem czasu, jak to się dzieje naogół z wszystkiemi reakcjami psychorodnemi, lecz staje się coraz bardziej krzyczącą, przybiera na sile, choroba wyciąga niejako rękę po rekompensatę.

Po obrazie zewnętrznym nie potrafimy rozróżnić reakcji histerycznej od hipochondrycznej. Fasada zewnętrzna jest ta sama. Miejscem zaczepienia obu tych reakcyj, obok narządów wewnętrznych, jest równie często aparat ruchowy, czuciowy, zmysłowy i t. p. Tylko dokładna analiza strukturalna, uwzględniająca dyspozycję, właściwości charakterologiczne, motywy reakcji, sposób demonstrowania, ogólną sytuację życiową i zawodową, pozwoli na uchwycenie formy reakcji. Sakramentalne stwierdzenie, że zaburzenie jest często czynnościowe, charakteryzuje tylko jedną stronę reakcji. Zilustrujemy obecnie reakcję histeryczną i hipochondryczną konkretnemi przykładami.

Osobnik X. doznał uszkodzenia ręki. Uszkodzenie to pociągnęło za sobą czasowe uniknięcie przykrej sytuacji np. pobytu na froncie. W miarę postępującego gojenia wyrasta przed nim widmo powrotu na front, budzi się życzenie, aby pozostać w szpitalu jak najdłużej. Stoją przed nim dwie drogi. Symulacja, wtedy X. udaje, że nie może władać ręką, albo też instynkt samozachowawczy natrafia na sprzeciwy natury idealnej i etycznej, życzenia ulegają wyparciu i wyrażają się w histerycznem porażeniu, a więc w reakcji celowej. Ten sam skutek może wystąpić, jeśli życzenia nigdy nie znalazły się w pełnem świetle świadomości, lecz pow-

stały i pozostały w sferze (Schilder). Później mogą się dołączyć inne motywy, jak nadzieja na odszkodowanie, która reakcję petryfikuje itp.

Osobnik Y doznał takiego samego uszkodzenia ręki. Na skutek swych pseudonaukowych wiadomości, zaczerpniętych z leksykonów lekarskich, lub nieostrożnej uwagi lekarza czy sanitarjusza, dochodzi do przekonania że został uszkodzony nerw i obawia się porażenia kończyny. Obawa może doprowadzić do psychorodnego porażenia. W tym przypadku mamy do czynienia z reakcją hipochondryczną, cofającą się, dajmy na to, pod wpływem psychoterapji, aż do chwili, w której dołączy się życzenie, aby schorzenie trwało jaknajdłużej. Reakcja pierwotnie hipochondryczna uległa zhisteryzowaniu.

Reakcja histeryczna i hipochondryczna, są to dwa prototypy, spotykane najczęściej na obszarze nerwic powypadkowych. Reakcje psychorodne, rozgrywające się w sferze tylko psychicznej, obywające się bez manifestacyj cielesnych, są w odrębie nerwic powypadkowych tak rzadkie, że zostawimy je bez omówienia.

Motorem uruchamiającym i utrzymującym w ruchu mechanizm psychorodny, są wyobrażenia silnie uczuciowo zaakcentowane. Pod względem dynamicznym skuteczne są tylko instynkty, popędy i afekty, konstytuujące wedle schematu Brauna drugą warstwę osobowości tj. „tyflopsyche", zajmującą miejsce pośrednie między „mechanizmami cielesno-biologicznemi" a warstwą pierwszą tj. „sofropsyche", z którą związane są najwyższe funkcje psychiczne. Poszczególne warstwy nie są od siebie izolowane, odbywa się ciągłe działanie i oddziaływanie poszczególnych warstw na siebie. Całej jednak siły popędowej wyrazom psychicznym dostarcza tyflopsyche, jedynie ona może uruchomić mechanizmy cielesno-biologiczne, które są zewnętrznym wyrazem procesów intrapsychicznych w sferze neuro-somatycznej, a więc w aparacie ruchowym, wegetatywnym, gruczołowym i tp. W uruchamianiu mechanizmów cielesnych nie zawsze są czynne wpływy psychiczne. Mechanizmy te dostępne są także dla podniet czysto cielesnych i tak wzmożona czynność gruczołów łzowych występuje nietylko jako wyraz cierpienia duchowego, ale ten sam efekt wywiera podrażnienie mechaniczne błony śluzowej oka, niezależnie nawet od bólu fizycznego, wywołanego tem podrażnieniem.

Działanie sugestji i autosugestji polega na wzmożeniu siły afektywno-dynamicznej przejścia, nie zmienia treści jego, na-

sila jedynie „afektywną dynamikę“ (Braun), osłabia bowiem, w hypnozie zaś wyłącza, najwyższe aparaty psychiczne, które rozpatrując krytycznie treść przejścia, reagują na nie w normalnych warunkach świadomym celu wyrazem.

Istnieją ścisłe związki między sferą afektywną, a mechanizmami cielesno-biologicznemi. Otwiera nam to dostęp do zrozumienia sposobu ich uruchamiania w reakcjach psychorodnych. Dotychczas reakcję psychorodną ujmowaliśmy tylko od strony psychologicznej, zastanawiały nas motywy i cele reakcji, rozważaliśmy przyczyny, które człowieka skłaniają do uruchomienia pewnych mechanizmów cielesnych, pominęliśmy zaś sposób, w jaki to się uskutecznia. W każdej jednak reakcji psychorodnej mamy i oblicze cielesne, w pewnym momencie odbywa się „skok ku sferze cielesnej“ (Schneider), „przełączenie w stronę zjawisk cielesnych“ (Braun). Możemy wprawdzie niekiedy kształt cielesny reakcji zrozumieć czysto psychologicznie, jako symbol przejścia psychicznego np. napadowy zawrót głowy z upadkiem na ziemię, po przeżytym uczuciu upadku moralnego u osoby sensytywnej, która popełniła czyn, kolidujący z wyobrażeniami jej „ja idealnego“. Innym razem cel rekacji przeziera wyraźnie przez formę zaburzenia cielesnego np. przy histerycznem porażeniu kończyn dolnych u żołnierza, który chce uniknąć marszów. Podobnie ma się rzecz z głuchotą histeryczną po otrzymaniu policzka, gdy służy ona jako legitymacja choroby przy skardze o odszkodowanie. Psychologiczne zrozumienie reakcji, a nawet jej indywidualnej formy cielesnej, nie tłumaczy jednak sposobu przemiany czynników psychicznych w objawy cielesne. Jest to zagadnienie niezwykle ciężkie, niektórzy autorowie rezygnują wprost z roztrząsania tej kwestji, uważając jej rozwiązanie za niemożliwe i tak wedle Gauppa drogi działania duszy na ciało są i pozostaną nieznane (unerkannt und unerkennbar). Wszakże nie znamy nawet prostego ruchu dowolnego jak uchwyt jakiegoś przedmiotu, w całym jego przebiegu. Wiemy, że podnieta ruchowa ze zwoju centralnego przedniego przewodzi się drogą piramidową do rogów przednich i dochodzi do nerwów obwodowych i mięśni, znamy też inne tu współdziałające aparaty, jak jądra podkorowe, drogi pozapiramidowe, móżdżek i tp. Jest to jednak etap końcowy, wykonawczy, przedtem jednak zaistniało postanowienie i jego przemiana w działanie. Ta faza i odpowiadające jej jakieś zmiany w podścielisku jest dla nas tajemnicą. (Bumke). Podobnie wiemy, że przestrach oddziaływa silnie na

aparat wegetatywny i stwarza cały szereg objawów cielesnych, nie znamy jednak drogi prowadzącej od ośrodka psychicznego do aparatu wegetatywnego (Gaupp). Doświadczenie empiryczne poucza nas tylko, że istnienieją ścisłe związki psychofizyczne, znamy już z życia codziennego cielesne wyrazy afektu i ścisłe sprzężenie ośrodków wegetatywnych ze sferą psychiczną. Na tem empirycznem poznaniu opierają się pewne konstrukcje teoretyczne, usiłujące wytłómaczyć sposób powstania manifestacyj cielesnych przy reakcjach psychorodnych. (Patrz teorja Kraepelina i Kretschmera). Teorje te zakładają z góry istnienie związków psychicznych, nie wnikając w ich istotę.

Najbardziej bijące w oczy są obrazy cielesne wywołane przestrachem. Zasięg cielesnych wyrazów afektu jest tu bardzo szeroki, obejmuje sferę ruchów dowolnych i rozciąga się na czynności narządów podlegających aparatowi wegetatywnemu. Pomijamy tu stany psychiczne wywołane przestrachem, jak osłupienie wzruszeniowe (Baelz, Stierlin). tembardziej, że niektórzy autorowie, jak Bonhöffer, tłumaczą je działaniem czynników cielesnych, mianowicie spastycznemi skurczami naczyń krwionośnych. Ograniczymy się do sfery neuro-wegetatywnej, gdzie napotykamy na bardzo bogaty repertuar objawów. Szczególnie dokładnie opisali je ostatnio badacze sowieccy Brussiłowski i Bruchański, opierając się na bogatym materjale, zdobytym podczas trzęsienia ziemi na Krymie.

Uderzają: Szeroko rozwarte szpary powiekowe, brwi podciągnięte do góry, wzdrygania, drżenia i hyperkinezy najrozmaitszego typu lub bezruch i czynnościowe porażenia kończyn, rozszerzone źrenice, wybitna bladość lub sinica, przyśpieszona akcja serca, bezwiedne oddawanie moczu lub kału, biegunka, parcie na mocz, polyuria i pollakisuria, wymioty, gęsia skórka, zjeżone włosy, kolki nerkowe, krwawienia z macicy, poronienia, wzwód prącia, u kobiet karmiących ustanie laktacji na dłuższy czas, ślinienie lub suchość w jamie ustnej, silne poty, łzawienie, niekiedy wzmożona czynność gruczołu tarczykowego, utrzymująca się przez dłuższy czas (afektorodna choroba Basedowa — Jänsch, Bergmann), zmiany troficzne, jak posiwienie, pokrzywka i wypryski na skórze. Często spotykamy i nagłe zawroty głowy. Jeśli działa tylko sam afekt, jest to następstwo spastycznego skurczu naczyń krwionośnych mózgu, przy trzęsieniu ziemi działają jednak i wpływy mechaniczne. Wstrząsy skorupy ziemskiej udzielają się błędnikowi, zaburzenia hydrostatyczne przenoszą się na nerw przedsionkowy,

podnieta przewodzi się ku jądru Deitersa i jądru przedsionkowemu i udziela się móżdżkowi. W tych przypadkach i oczopląs nie należy do rzadkości, zważywszy, że jądro Deitersa znajduje się w połączeniu z jądrami nerwu okoruchowego. Podobnie biegunka i wymioty dadzą się przy trzęsieniu ziemi częściowo wytłumaczyć bez uciekania się do działania afektu. Jądro nerwu błędnego może być bowiem wprost dotknięte nagłem przesunięciem płynu mózgowo - rdzeniowego, wywołanego wstrząsem skorupy ziemskiej.

W warunkach zwykłego przestrachu te wpływy czysto mechaniczne odpadają. Przestrachowi nie towarzyszą wszystkie wymienione objawy w stałym i niezmiennym zespole, zależy to od osobniczych właściwości n.p. od konstytucjonalnej mało wartościowości systemu naczynioruchowego, który wtedy łatwiej odpowiada na bodźce afektywne. Podobnie vago-lub sympathicotonia wpływa na osobnicze ukształtowanie się somatycznych wyrazów przestrachu.

Działanie przestrachu na sferę cielesną wskazuje na ścisłe związki psychofizyczne, w szczególności uwypukla sprzężenie sfery afektywnej z układem wegetatywnym. Przestrach nie atakuje jednak bezpośrednio aparatu wegetatywnego z zupełnem ominięciem sfery psychicznej (Gaupp), jest to tylko klawjatura, na której przestrach wygrywa swój wyraz, droga po której podnieta psychiczna wkracza w czynności cielesne. Znajomość jednak drogi nie wskazuje jeszcze sposobu przemiany czynników psychicznych w obraz cielesny. Przyznać jednak trzeba, że reakcja przestrachowa stoi bardzo blisko odruchu. Ponieważ sytuacja, która zrodziła przestrach, nie ulega pełnemu przyswojeniu przez wyższe aparaty psychiczne, znajdujemy się tu na granicy między reakcją psychiczną a cielesno-biologiczną, odbywającą się automatycznie. Nie jest to jednak reakcja czysto pozapsychiczna, ponieważ przestrach, który ją wywołał jest „jakością psychiczną a nie cielesną" (Braun). Niektóre z objawów cielesnych przestrachu umiemy wywołać drogą pozapsychiczną, zastrzyk adrenaliny wywołuje rozszerzenie źrenic, bladość na skutek skurczu drobnych tętniczek i bicie serca. Wskazuje to na współdziałanie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu przy powstaniu reakcji przestrachowej. Doświadczenie wykazało, że emocja wywołuje hyperfunkcję nadnercza u zwierzęcia, we krwi znajdujemy wtedy nadmierną ilość adrenaliny, wstrzyknięcie tej krwi drugiemu zwierzęciu działa jak wprowadzenie adrenaliny. Rzuca to pewne światło na materjalne podłoże stanów psychicznych,

nie upoważnia jednak do zbyt daleko idących wniosków uogólniających. Są to niejako pierwsze kroki stawiane w ciemnej dotychczas dziedzinie.

Poświęciliśmy tak dużo miejsca reakcji przestrachowej, ponieważ objawy jej niezawsze cofają się wraz z zniknięciem sytuacji, która przestrach wywołała, utrzymują się nieraz w formie poronnej przez czas dłuższy, dając obraz tzw. nerwicy przestrachowej, spotykanej niejednokrotnie na obszarze nerwic powypadkowych.

Na ścisłe związki psychofizyczne wskazuje też cały szereg innych obserwacyj. Jeśli u królika w powłokach jamy brzusznej wytniemy okienko, możemy przez wgojoną w brzegi tego okienka blaszkę celuloidową obserwować wzmożone ruchy robaczkowe jelit, jako wyraz przyjemnej emocji na widok pokarmu. Jeśli zaś tego samego królika uszczypniemy w ucho, kiszki, bledną i ustają ich ruchy robaczkowe, na skutek doznanej przykrości. W doświadczeniu Bickela pies „z małym żołądkiem" Pawłowa przestał wydzielać sok żołądkowy na widok kota, swego odwiecznego wroga. Czasami przy badaniu treści żołądkowej nie znajdujemy kwasu solnego, ponieważ przykra emocja, związana z sondowaniem, zahamowała funkcje wydzielnicze komórek żołądka. Zwrócenie uwagi wzmacnia pewne odruchy, jak kaszel lub kichanie, inne zaś hamuje, dlatego odwracamy uwagę badanego przy wywoływaniu odruchów rzepkowych, stosując sposób Jendrassika. Na widok pokarmów lub przez samo tylko wyobrażenie wzmaga się wydzielanie śliny. Przygnębienie hamuje wydzielanie soku żołądkowego. Przy zjawisku psychogalwanicznem Veragoutha pewne bodźce słowne, dotykające kompleksów, nasilają wydzielanie potu. Zmniejsza się przez to opór elektryczny skóry i igła galwanometru się wychyla. Przygnębienie działa zapierająco, pewne stany oczekiwania działają moczopędnie. Drogą sugestji możemy wpływać nietylko na wydzielaną ilość soków trawiennych, ale także na ich skład. Gdy sugerujemy osobnikowi spożywanie mięsa, siła trawienna soku żołądkowego dla białka jest dwa razy większa, niż przy sugerowanem spożywaniu buljonu. Heyer hypnozą usunął zaparcie stolca, za pomocą tego samego zabiegu spowodował podniesienie się żołądka, znajdującego się w małej miednicy, do wysokości pępka. Funkcja wydzielnicza trzustki podatna jest również na wpływy sugestywne. Sugestją możemy też nasilić ilość żółci wlewającej się do dwunastnicy. Samo wyobrażenie, że spożywamy pokarmy, wymagające do strawienia większej ilości soku trzustkowego,

a więc podnieta psychiczna, zastępuje bodziec fizjologiczny, wywierany przez pokarm, znajdujący się w przewodzie pokarmowym. Marko stwierdził rozcieńczenie krwi i zwiększone moczenie sugerując pobranie dużej ilości płynu, sugerując zaś pragnienie wywołał efekt odwrotny. Hansenowi udało się wykazać, że i przemiana materji podlega wpływom psychicznym. Hypnotyzował osobnika, znajdującego się w ciepłym pokoju i poddawał go sugestji, że znajduje się nago na mrozie. Przemiana materji się nasilała, podobnie jak to się dzieje fizjologicznie, przy rzeczywistem oziębianiu ciała. Skutek jest odwrotny, gdy osobie znajdującej się na mrozie sugerujemy, że bierze kąpiel słoneczną. Pletysmografem stwierdzono wzrost objętości kończyny górnej, udzielając osobnikowi sugestji, że kończyną tą podnosi ciężar. Drogą sugestywną udało się też wytworzyć pęcherze na skórze (Kohnstamm, Pinne), a nawet brodawki (Bloch). Swego rodzaju sławą cieszył się w swoim czasie osobnik, objeżdżający kliniki niemieckie, który dowolnie produkował gęsią skórkę, wyobrażając sobie intensywnie, że znajduje się na mrozie. Umiał też demonstrować przyśpieszenie akcji serca wprowadzając się autosugestywnie w sytuację budzącą lęk.

Tak reakcja przestrachowa jak i przytoczone zjawiska sugestywne wskazują na ścisłą zależność mechanizmów cielesnych od wpływów psychicznych i to już w warunkach fizjologicznych. Rzuca to światło na sposób powstania manifestacyj somatycznych, spotykanych w obrębie reakcyj psychorodnych, a więc na obszarze zjawisk patologicznych. Jest to jednak poznanie czysto empiryczne, które wskazuje, że podnieta psychiczna może zastąpić w zjawiskach sugestywnych bodziec cielesny i że afekt, jak np. przestrach, uruchamia mechanizmy cielesne, które są jego wyrazem. Afekt dostarcza, jak wiemy reakcjom psychorodnym siły popędowe, może więc wciągnąć w tryby reakcji psychorodnej sferę cielesną.

Na podobieństwo objawów histerycznych do wyrazów afektu zwrócił pierwszy uwagę Kraepelin i zbudował na tem podobieństwie oryginalną konstrukcję teoretyczną. Cielesne objawy histeryczne wykazują, wedle tego autora, daleko idącą zbieżność z cielesnemi wyrazami wzruszeń. Wymioty histeryczne przypominają reakcję przy obrzydzeniu. Bezgłos, niemotę, dyspnoe i bicie serca spotykamy w stanach lękowych. Paraplegia przypomina wrastanie nóg w ziemię przy przestrachu. Przykurcze są odbiciem zaciskania pięści i innych napięć mięśniowych w gniewie. Zaburzenia czuciowe nie odbiegają zbytnio od bezwrażliwości żołnierzy w bi-

twie. Zaburzenia wzrokowe mają swój odpowiednik w ślepej wściekłości, w czasie której spada jakby zasłona na oczy. Zez stoi blisko przekręcania gałek ocznych w gniewie. „Są zatem zbyt liczne punkty styczności, aby przypisać je tylko przypadkowi." Kraepelin wyciąga stąd wniosek, że przeważna część histerycznych zjawisk chorobowych, polega na chorobliwie zmienionych i wzmożonych wyładowaniach afektywnych. Zwraca dalej uwagę na znaczenie cielesnych wyrazów afektu, przyjmując za Darwinem, że są one pozostałością pierwotnych, fylogenetycznie starszych urządzeń ochronnych i obronnych. I tak wymioty, obecnie wyraz wstrętu, mogą uwolnić organizm od szkodliwych substancyj, łzy spłukują ciała obce, zgrzytanie zębami, gęsia skórka i zjeżone włosy napędzają strachu wrogom, ugięcie się nóg, a nawet upadek na ziemię przy przestrachu i bezgłos, mają na celu odwrócenie uwagi przeciwnika od siebie.

Obecne więc cielesne wyrazy afektu, nie podlegające woli w stadjach fylogenetycznie starszych podlegały woli. Wyrazy woli i wyrazy afektu nie były jeszcze rozdzielone. Wola w owem stadjum rozwojowem odpowiadała temu, co dzisiaj określamy mianem popędu. W miarę rozwoju miejsce popędowego wyładowywania wewnętrznych napięć zajęło zastanowienie i świadome celu działanie. Pierwotne popędowe, najprostsze środki obronne, jak ślepa ucieczka, udawanie trupa, straszenie przeciwnika, zeszły na plan dalszy, pojawiły się czyny dowolne, oparte na zastanowieniu i krytycznym rozbiorze sytuacji, które są bardziej celowemi środkami do walki o byt w dzisiejszych warunkach Obok nich istnieją jednak stare urządzenia i zaczynają działać, jeśli wyższe funkcje z jakichś powodów zawodzą. Naogół jednak staramy się je zdusić, usiłujemy się opanować, tak że napięcie afektywne przemienia się w świadome celu działanie, a nie promieniuje w stare tory popędowej samoobrony. Stały się one wskutek tego coraz mniej dostępne dla naszej woli, już nie umiemy dowolnie zjeżać włosów, wymiotować i przyśpieszać tętna, tylko drogą okólną, poprzez gwałtowne wzruszenie mogą stare urządzenia wejść w akcję. Tam gdzie gwałtowne wzruszenie nas zaskakuje, zawodzi nasza umiejętność wyeliminowania starych form wyrazowych, niekiedy zaś na skutek zahamowania rozwojowego popędowe wyrazy wzruszenia utrzymują się w starej postaci. „*Istota objawów histerycznych polega więc na zahamowaniu rozwojowem*". Fylogenetycznie starsze urządzenia zachowują swą starą rolę, zamiast świadomego celu

działania, w akcję wchodzą pierwotne mechanizmy, które w normalnych warunkach istnieją tylko w formie szczątkowej i zostały zdegradowane do roli nie podlegających woli zjawisk cielesnych, towarzyszących afektom. Na skutek tego niedokształcenia nie rozwija się wola świadoma celu, pozostaje w stadjum fylogenetycznie starszem i ma dostęp do pewnych mechanizmów cielesnych. Wedle Kraepelina reakcja histeryczna przynosi pośrednio pewne korzyści osobnikowi nią dotkniętemu, przynosi mu współczucie, zwolnienie od ciężkiej pracy i tp. Reakcja, która pierwotnie służyła samoobronie, zdradza w ten sposób swój stary charakter, nie jest jednak wyrazem życzeń danego osobnika.

Kretschmer unowocześnił teorję Kraepelina, uzgodnił ją z dzisiejszemi zapatrywaniami na istotę reakcji histerycznej. Tłumaczy w sposób podobny powstawanie objawów cielesnych, nie spuszcza jednak z oka motywów reakcji. Uwzględnia życzenia, które znajdują się u korzeni reakcji. W reakcję histeryczną wchodzi wola, jako cichy wspólnik. Wolą nie umiemy jednak uruchomić długotrwałego drżenia, wymiotów, ruchów robaczkowych jelit, bicia serca, skurczów klonicznych i tp. Kretschmer przyjmuje więc dwa typy woli, wolę celową i hypobule. Typ hypobuliczny jest onto i fylogenetycznie starszy, spotykamy go u zwierząt i u dzieci. U człowieka dorosłego wola celowa i hypobule złączone są razem tworzą jednię czynnościową, w której w normalnych warunkach elementów składowych nie umiemy wyróżnić. Pod wpływem nagłego wzruszenia lub przewlekłej rozterki uczuciowej, warstwa woli celowej staje się niewydolna, władzę obejmuje hypobule, odpowiednio do ogólnej reguły, która rządzi sferą wyrazów psychoruchowych. Gdy instancja wyższa okazuje się niesprawną, usamodzielnia się warstwa niższa i pracuje wedle prymitywnych praw nią rządzących. Na podniety psychiczne odpowiada warstwa hypobuliczna w sposób dla siebie swoisty, rozpętuje „niższe automatyzmy sensomotoryczne.“ Teorja Kretschmera wskazuje tory, po której kompleksy i uczuciowo zaakcentowane grupy wyobrażeniowe mogą oddziaływać na niższe instancje psychiczne i cielesne, wprowadzając w czynność pewne mechanizmy, które są pozostałościami biologicznych reakcyj obronnych. Kretschmer rozróżnia dwa prototypy tych reakcyj hypobulicznych: Burzę ruchową (Bewegungssturm) i odruchowe ułożenie trupie (Totstellrefleks). Z burzy ruchowej wywodzą się napady histeryczne, hyperkinezy, drżenia, tic'i, paroksyzmy kurczowe i pewne formy jąkania.

Pochodnemi odruchowego ułożenia trupiego są: Głuchoniemota, znieczulenia histeryczne, porażenia wiotkie, astasia, aba sia i tp.

Nie wszystkie zaburzenia ruchowe możemy zrozumieć jako wyrazy afektów lub rezultat rozpętania pierwotnych mechanizmów. W pewnych przypadkach na ukształtowanie obrazu cielesnego wpływają preformowane mechanizmy mózgowo-rdzeniowe, forma cielesna wykazuje zależność „od struktury aparatów mózgowo-rdzeniowych“ (Leyser). Badania, idące w tym kierunku związane są z nazwiskami Binga Schildera, Leysera, Vogta i in. Wiele światła na tę ciekawą kwestję rzuciła analiza zaburzeń ruchowych, występujących po nagminnem zapaleniu mózgu. Zauważono, że cały szereg zespołów hyperkinetycznych przypomina do złudzenia pewne formy hyperkinez histerycznych. Potwierdziło to zapatrywania Binga, wypowiedziane jeszcze w roku 1913., że przy symptomatologicznem ukształtowaniu objawów psychorodnych współdziałają czynniki wynikające z budowy i fizjologicznej organizacji ośrodków nerwowych. W niektórych obrazach ruchowych Bing widzi skutek psychorodnego (zamiast organicznego) wyzwolenia onto i fylogenetycznie starszych aparatów ruchowych z podchamujących wpływów ośrodków wyższych. C. i O. Vogtowie twierdzą, że histerja podlega na mniejszowartościowości aparatu striopallidalnego, wpływy zaś psychiczne wogóle wyłączają. Idzie to za daleko, przyjąć raczej można, że system ten bywa łatwiej zaatakowany przez czynniki psychiczne, o ile wykazują pewną mniejszowartościowość spotykamy się przecież ze zjawiskiem podobnem w nerwicach narządów wewnętrznych gdzie o wyborze narządu, jako miejsca reakcji psychorodnej, decyduje jego mniejszowartościowość. (Organminderwertigkeit Adlera, Körperliches Entgegenkommen Freuda). Schilder podnosi, że zaburzenia organiczne i czynnościowe wykazują niejednokrotnie daleko idące podobieństwo zewnętrzne. Wyciąga z tego wniosek, że psyche i schorzenie organiczne atakują te same aparaty. Autor ten wspólnie z Bauerem dał swym twierdzeniom podbudowę opartą na eksperymencie. Sugerując w hypnozie zawrót głowy, znalazł odchylenie w objawie wskazywania (Zeigeversuch). Udowodnił w ten sposób podatność aparatów nerwowych, podkorowych, więc woli nie podlegających, na wpływy psychiczne. Pod wpływem „ideagennego zawrotu głowy zmienił się stan czynnościowy móżdżka“. Taką samą zmianą czynnościową odruchowych ośrodków rdzeniowych Schilder tłumaczy brak

odruchu rzepkowego, opisany przez Nonnego i Wohlwilla w pewnych przypadkach histerycznego porażenia wiotkiego kończyn dolnych. Leyser rozpatrując pod tym kątem widzenia psychorodne zaburzenia ruchowe, szukał dla nich „podstaw patofizjologicznych“. Za punkt wyjścia drgawek histerycznych uważa korę mózgową. Stąd podnieta promieniuje ku aparatom podkorowym, co tłumaczy przesadną mimikę i inne ruchy wyrazowe towarzyszące napadowi drgawek histerycznych. Wiotkie porażenie histeryczne polega na wyłączeniu wszystkich impulsów woli dla danej kończyny, współudział jakiegoś aparatu neuro-biologicznego jest niepotrzebny. Inna jest rzecz z porażeniem pseudospastycznem, prowadzącem do długotrwałych przykurczów, przyjąć musimy współdziałanie aparatu neuro-biologicznego, który fizjologicznie reguluje napięcie mięśniowe. Inne objawy Leyser tłumaczy współdziałaniem jąder podkorowych. Dochodzi do konkluzji, że tendencja chorobowa rozwija się na podłożu preformowanych mechanizmów mózgowo-rdzeniowych. Fakt, że raz występują drgawki, innym zaś razem drżenia lub tic'i, tłumaczy specjalną chwiejnością odnośnych aparatów nerwowych.

Forma zaburzeń cielesnych kształtuje się więc pod wpływem rozlicznych czynników. Sam fakt wystąpienia reakcji psychorodnej jest psychologicznie umotywowany. Musi jednak uwzględnić i stronę biologiczną, która wpływa na ukształtowanie się psychorodnych manifestacyj cielesnych. Stoją one blisko cielesnych wyrazów afektu, mogą być wynikiem rozpętanego fylogenetycznie starszych preformowanych mechanizmów jak odruchowe ułożenie trupie, burza ruchowa i ich pochodne, mogą wreszcie okazywać tak daleko idące podobieństwa do zaburzeń organicznych, że nie dadzą się wytłumaczać jak psychorodnym zaatakowaniem preformowanych mechanizmów mózgowo-rdzeniowych.

Sposób powstania manifestacyj cielesnych nie wyjaśnia jeszcze mechanizmu ich utrwalenia, faktu, że „z emotywnych stały się mnemotywnemi“ (Raimist). Wchodzą tu w grę nowe czynniki jak przyzwyczajenie, dalsze dopływy afektywne i dowolne wzmacnianie odruchów (Kretschmer). Na skutek nawykowego utrzymywania się pewnych objawów ruchowych, wyślizgują się tory ruchowe. Obraz cielesny wyzwala się z pod wpływu woli, zjawisko neuro-somatyczne oddala się od swej pierwotnej przyczyny. W sposób ten utrwalić się mogą pewne objawy cielesne, które nie były zrazu wyrazem tendencji, zmierzającej do demonstrowania choroby w ściśle okre-

ślonych celach, jak pierwotnie ochronne unieruchomienie kończyny przy bolach stawowych, lub wyrazy cielesne emocji przestrachowej. Przestrach jest krótkotrwałym wstrząsem afektywnym, stromo narastająca krzywa afektu szybko opada, jej wyraz cielesny może być jednak podtrzymywany nowemi dopływami afektywnemi. Źródłem ich może być życzenie (reakcja histeryczna), lub obawa (reakcja hipochondryczna) które podsycają przygasający płomień afektu. W dalszym przebiegu tor motoryczny ulega wyślizganiu, coraz mniejsze impulsy wystarczają aby dostarczyć potrzebnej siły popędowej, wreszcie mechanizm się usamodzielnia, uprzedmiotawia, utrzymuje się w ruchu bez dalszych napędów afektywnych. Obraz cielesny oddala się od swych źródeł psychicznych.

Sposób, w jaki to się dzieje, opisał dokładnie Kretschmer, wybierając, jako „paradigma", histeryczny niedowład spastyczny z drżeniami. Punktem wyjścia jego rozwiązań jest t. zw. dowolne wzmacnianie odruchów. (Willkürliche Refleksverstärkung). Wiemy z doświadczenia, że wola wkraczając w mechanizm odruchowy raczej go hamuje. Rzecz ma się jednak przeciwnie, o ile impulsy wysyłane przez wolę są słabe i rozsiane. Jeśli po uciążliwym marszu stopę oprzemy na ziemi tylko końcami palców, powstaje stopotrząs, który w spokoju szybko zanika. Tor odruchowy pozostaje jednak przez jakiś czas w stanie wzmożonej pobudliwości. Gdy w tem stadjum wywołamy lekkiemi i rozsianemi impulsami wzmożone napięcie w odnośnej grupie mięśniowej, potrafimy podtrzymać drżenie, zanikające w normalnych warunkach. Podniety więc dowolne, wywołujące słabą i rozsianą hypertonizację nasilają i podtrzymują odruch. Ze zjawiskiem tem spotykamy się przy histerycznym niedowładzie spastycznym połączonym z drżeniami. Na skutek przestrachu powstaje, jako fizjologiczny wyraz afektu, drżenie, (Akuter Affektreflex), które naogół w spokoju zanika. Wywołując w stadjum zanikania tego drżenia lekką hypertonizację w danej grupie mięśniowej, możemy to odruchowe drżenie tak długo podtrzymywać, aż na mocy prawa o wyślizgiwaniu się torów ruchowych, drżenie się usamodzielni, przechodząc w przewlekłą formę odruchową, od woli już niezależną. W pewnem jednak stadjum tego procesu wkroczyliśmy czynnie i świadomie w mechanizm odruchowy. Pamięć o tem się zaciera, na skutek działania „psychologicznego prawa o katatonicznem zafałszowaniu sądów". W pierwszem stadjum mieliśmy więc odruch, w drugiem agrawację, a w trzeciem rodzaj choroby. Pseudospasmus jest objawem wy-

wodzącym się z pierwotnej dowolnej hypertonizacji, wzmożone napięcie podtrzymuje drżenie, ciągłe zaś śrubowanie afektu, wprowadzanie się w stan napięcia, utrzymuje tor odruchowy w stanie wzmożonej pobudliwości, bez której hypertonizacja mięśni nie wywołałaby odruchowego drżenia. Później obywa się już bez impulsów woli i popędów afektywnych. Wskutek wyślizgania się torów ruchowych, wzmożone napięcie i drżenie się usamodzielniają, mechanizm utrzymuje się już samoistnie w ruchu, nie istnieje bowiem żadna dowolna czynność psychiczna lub cielesna, któraby trwając długo, lub często się powtarzając, nie uzyskała w pewnym stopniu „biologicznej samodzielności", choćby się nawet wola temu przeciwstawiała. Ponieważ w pewnem stadjum wola świadomie wkracza i przyczynia się do powstania objawów, Kretschmer uważa, że „histerja jest w pewnej mierze symulacją, symulacja zaś małą a typową odmianą histerji."

Utożsamianie symulacji z reakcją histeryczną jest naszem zdaniem nieuzasadnione. Musimy odróżnić symulację, a więc świadome posługiwanie się aparatem wyrazowym od histerji, w której ucieczka w chorobę nie jest wynikiem świadomego celów działania. W prawdziwej reakcji histerycznej cel i motywy znajdują się poza obwodem świadomości. Reakcja histeryczna i symulacja, są to jednak dwa skrajne bieguny, istnieją jednak między niemi przejścia, bo i symulant stara się, aby skutecznie demonstrować chorobę, „zużytkować biologicznie preformowane drogi, które służą do wyrażenia niezwykłych reakcyj" (Braun). Są one łatwo dostępne przy istniejącej chwiejności związków psychofizycznych (u psychopatów), albo też dostęp do nich się otwiera poprzez emocję, w którą symulant się wprowadza. Spotykamy wtedy świadome śrubowanie afektu (Affektpumpen), nie bez współdziałania autosugestji. Reżyserja przesuwa się w ten sposób ku głębszym pokładom osobowości (Braun). Sam pomysł ulega też niejednokrotnie wyparciu „w sferę", względnie wędruje między ośrodkową częścią pola świadomości a „sferą", od której prowadzi łatwa droga do mechanizmów cielesnych. Nie jest to już, rzecz jasna, czysta symulacja. Niekiedy symulant rozpętanych przez siebie mechanizmów cielesnych psychicznych nie umie już okiełznać, biegną one dalej automatycznie bez lub wprost przeciw woli. Parafrazując zwrot użyty przez Birnbauma o symulowanej psychozie, „która zmieniła się w psychozę symulacyjną", możemy zaburzenia w ten sposób powstałe określić mianem histerji symulacyjnej. Proces ten wyra-

ził Wagner — Jauregg w dowcipnej grze słów: „Ten który nie chciał móc, nie może chcieć".

Określiliśmy znaczenie pojęć „zmiana funkcjonalna" i „reakcja psychorodna", przeprowadziliśmy rozbiór i podaliśmy definicję tej ostatniej tj. reakcji histerycznej i hipochondrycznej. Zdobyliśmy w ten sposób elementy pozwalające nam zrozumieć istotę pewnej grupy schorzeń, objętych nazwą nerwic. Dawniej uważano za nerwicę, schorzenie systemu nerwowego, wywołane czynnikami cielesnemi lub psychicznemi, albo współdziałaniem obu, których podłoże anatomiczne jest narazie nieznane. Zasięg nerwicy w ten sposób pojętej jest bardzo szeroki. I tak Redlich zalicza do nerwic padaczkę, migrenę, pewne zaburzenia na tle dysfunkcji gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, neurastenję ustrojową i reaktywną i **zaburzenie psychorodne** na obszarze czuciowo-zmysłowo-ruchowym i w obrębie narządów wewnętrznych. Niektórzy interniści (Goldscheider) zaliczają jeszcze do nerwic zaburzenia czynności narządów wewnętrznych, powstałe na tle domniemanych zmian strukturalnych, umiejscowionych w unerwieniu samych narządów, a więc w zwojach i splotach nerwowych. W pewnych przypadkach zakładają istnienie takich zmian, choć są one jeszcze nieuchwytne naszemi metodami badawczemi.

My ograniczymy się do węższego odcinka. *Przez pojęcie nerwicy rozwmieć będziemy psychorodne zaburzenia czynnościowe na obszarze czuciowo-zmysłowo-ruchowym i w narządach wewnętrznych.* Są to niezwykłe reakcje na podniety psychiczne. Spotkamy się więc głównie ze znanemi nam prototypami, reakcją histeryczną i hipochondryczną.

Psychorodność nerwicowych zaburzeń czuciowo-zmysłowo-ruchowych jest dzisiaj ogólnie uznanym aksjomatem, istnieją jednak rozbieżności pomiędzy autorami odnośnie do nerwic narządów wewnętrznych. Znajdujemy się tutaj na terenie pogranicznym, gdzie ścierają się zdania psychjatrów i internistów. W obozie internistów poglądy są niejednolite, ostatnio jednak nastąpiło zbliżenie stanowiska pewnej grupy internistów do zapatrywań reprezentowanych przez psychjatrów. Nerwica narządu, jako jednostka chorobowa zanika, roztapia się w pojęciu reakcji psychorodnej, wyrażającej się w zaburzeniu funkcji danego narządu wewnętrznego. Pionierami torującymi drogę temu poglądowi są wśród internistów Bergman, Hansen, Heyer, Krehl i inni. Bergmann wykazał, że w nerwicy żołądka krył się niezwykle często wrzód. Zdaniem

jego niema przepaści między zaburzeniem czynnościowem a chorobą organiczną. Substrat anatomiczny jest w pewnej mierze „morfologiczną epikryzą“ wieloletniego zaburzenia czynnościowego, odgrywa niejako rolę dokumentu archiwalnego w stosunku do zdarzenia historycznego“. Zaburzenie czynnościowe nigdy **nie jest** następstwem zmian w unerwieniu samego narządu. Nie istnieje choroba, którаby w sposób izolowany atakowała tylko sploty nerwowe, dajmy na to, żołądka i wywołała jego nerwicę. Zaburzerzenie czynnościowe, np. dyspepsja nerwowa, jest wyrazem ogólnej sytuacji psychicznej i cielesnej, sploty nerwowe żołądka stwarzają tylko łączność między organizmem, jako całością, a żołądkiem. Oprócz tego istnieje jeszcze łączność humoralna. Nerwica więc narządu, o ile nie kryje się za nią już schorzenie organiczne, jest pochodzenia psychorodnego, albo też wyrazem ogólnie zmienionej „sytuacji cielesnej“. Psychorodne zaburzenie czynnościowe może także doprowadzić „do dokumentu anatomicznego“. Bergmann usiłuje też rozwiązać zagadnienie wyboru narządu, który staje się wyrazem reakcji nerwicowej. Za czynnik decydujący w wyborze (Organdetermination) uważa pewne uczulenie narządu, na skutek jego mniejszowartościowości lub przebytego schorzenia. Droga do takiego narządu jest niejako utorowana, wytwarza się coś nakształt „odruchu warunkowego“. Hansen idzie jeszcze dalej jak Bergmann. Wedle niego nie istnieje niepsychorodna nerwica narządów wewnętrznych. Nerwica narządu jest — wyrazem działania afektu, który wprowadza aparat wegetatywny w stan wzmożonej pobudliwości, co odbija się ujemnie na czynnności narządu.

Ta zmiana poglądów na kwestję nerwicy narządów wewnętrznych przejawia się też dobitnie w definicjach określających istotę nerwicy serca. Wedle Romberga nerwica serca i naczyń krwionośnych polega na czynnościowem zaburzeniu unerwienia serca i naczyń, które przebiega bez upośledzenia ogólnego krążenia, nie wytwarza trwałej zmiany w ogólnym rozdziale krwi i wielkości serca, idzie zaś w parze z niezwykłemi podmiotowemi odczuwaniami i przedmiotowo stwierdzić się dającą alternacją ruchów i czynności serca. Romberg ujmuje więc nerwicę serca „pod czysto cielesnym kątem widzenia“ (Matthes). Inaczej już określa nerwicę serca Krehl: „Przez pojęcie nerwowych chorób serca rozumie lekarz i chory zaburzenia uwarunkowane nerwowo. Z uwarunkowaniem nerwowem łączy się myśl i nadzieja czegoś przelotnego, przejścio-

wego i pozbawionego niebezpieczeństwa. Nerwowe jest identyczne z psychicznem". Definicja Krehla jest więc psychologiczna. Dla Romberga nerwica serca była schorzeniem narządu, dla Krehla schorzeniem całej osobowości, wyrazem sytuacji psychicznej. Mamy więc dwa poglądy przeciwstawne. Mathes zajmuje stanowisko pośrednie. Nerwica serca jest jego zdaniem pojęciem zbiorowem, obejmującem dwie różne co do pochodzenia grupy schorzeń. Możliwe jest uwarunkowanie tak psychiczne jak i cielesne. Często psychologiczny punkt widzenia nie wystarczy dla wyjaśnienia pewnych zjawisk zaobserwowanych w narządzie krążenia w związku z zaburzeniami dokrewnemi. Możnaby wprawdzie wysunąć zastrzeżenie, że zaburzenia dokrewne są wywołane psychicznie i odgrywają niejako rolę pomostu między psyche a sercem, jednakże Mathes tę możliwość wyklucza, opierając się na dodatnich wynikach leczenia preparatami tarczycznemi i jodem. W innych zaś przypadkach sama podnieta psychiczna nie musi być ilościowo zmieniona, zachodzić może nadmierna pobudliwość (Ansprechbarkeit) narządu, lub przewodnictwa nerwowego. Narząd odpowiada wtedy dysfunkcją już na zwykłą grę afektów i na podniety pozapsychiczne, jak przemęczenie. Przyczyna może leżeć w konstytucjonalnej słabości mięśnia sercowego (Wenckebach), lub zależy od konstytucjonalnych odchyleń w nerwach dowodzących podniety do serca. (Vago lub sympaticotonja, B. typy Jänsena, negatywna stygmatyzacja Bergmana). Nadto znamy odruchowe zaburzenia czynności serca np. skurcze dodatkowe przy zapaleniu woreczka żółciowego (Wenckebach). Na uwagę zasługują też badania Krausa i Zondeka, którzy wykazali, że czynność narządów wewnętrznych nie zależy tylko od zawiadującego niemi aparatu wegetatywnego i wpływów psychicznych. Grają tu też doniosłą rolę elektrolity. Jony potasu wywołują rozkurcz i zwiotczenie mięśnia sercowego, jony zaś wapnia nasilają siłę skurczową. Jony i unerwienie wegetatywne wywierają więc działanie w skutkach jednakowe, choć mechanizm ich działań jest zupełnie odmienny. Wynikałoby z tego, że niektóre zaburzenia czynnościowe w narządach wewnętrznych są następstwem znburzeń mineralnej przemiany materji, wynikiem zwichniętej równowagi jonowej.

Rozważania te doprowadzają nas do wniosku, że zaburzenia czynnościowe w narządach wewnętrznych nie zawsze są pochodzenia psychorodnego. Ma to doniosłe znaczenie praktyczne, ochrania bowiem od przedwczesnych i fałszywych uogólnień w postępowaniu leczniczem.

Nerwica jednak w naszem rozumieniu spełniać musi dwa warunki; czynnościowość i psychorodność. Kwestja umiejscowienia zaburzeń ma znaczenie podrzędne.

Na tem zakończymy część ogólną. Uzyskaliśmy już podbudowę teoretyczną, która nam pozwala na zaatakowanie zawiłego problemu nerwicy powypadkowej Pierwotnie, jak już poprzednio zaznaczyliśmy, zespoły objawowe nerwic, w szczególności zaś nerwic powypadkowych, tłumaczono zmianami w podścielisku materjalnem. Zakładano istnienie nieuchwytnych, nawet dla oka uzbrojonego w mikroskop, przesunięć najdelikatniejszych elementów nerwowych. Za czynnik patogenny uważano więc uraz trafiający w czaszkę, zbyt słaby, aby mógł wywołać widoczną zmianę anatomiczną, wystarczający jednak dla wywołania t. zw. diaschisis. Okazało się, że identyczne obrazy rozwijały się po urazach, które zadziałały w miejsca odległe od systemu nerwowego ośrodkowego. Oppenheim rozszerzył wtedy swą konstrukcję teoretyczną i wprowadził pojęcie odruchowego porażenia rogów przednich substancji szarej rdzenia przez podniety działające na obwodzie. Podobne myśli rozwijali też Babiński i Froment. Trudno jednak było wytłomaczyć mechanizmem odruchowym „nerwicę traumatyczną" po urazach nieznacznych, wywołujących lekkie rany tłuczone lub darte, ba nawet otarcia skóry. Teorja Oppenheima nie dała się utrzymać. Ostateczny cios zadały jej doświadczenia wojenne. Nerwice traumatyczne wzrastały w tym okresie jak lawina, występywały jednak wśród okoliczności, które zachwiały gmachem teorji Oppenheima. Zauważono, że nerwica należy do rzadkości po urazach ciężkich z poważnemi następstwami anatomicznemi, i że istnieje duża rozbieżność między siłą urazu a natężeniem objawów nerwicy.

Stwierdzono dalej, że nerwica nie rozwijała się bezpośrednio po urazie. Uszkodzeni o własnych siłach uciekali z niebezpiecznej strefy, docierali do punktów opatrunkowych i dopiero tam, w miejscu bezpiecznem, następowało załamanie i nagle wyrastały objawy nerwicowe.

Gdyby w grę wchodziło działanie tylko czynnika mechanicznego najsilniejszy efekt występowałby tuż po zadziałaniu urazu, a nie dopiero później (Hauptmann). Mnożyły się też przypadki nerwic bez urazu cielesnego, które powstawały po przebytym przestrachu. Objawy cielesne towarzyszące przestrachowi, czasowo wybiegały

daleko poza sam moment przestrachu, który w istocie swej jest tylko krótkotrwałym wstrząsem afektywnym.

Przestrach jako czynnik patogenny nie działał, rzecz jasna, mechanicznie, narzucało się więc nieodporne przekonanie, że w grę wchodzi uraz czysto psychiczny. W miarę przeciągającej się wojny i gasnącego entuzjazmu stwierdzono coraz częstsze występowanie obrazów nerwicowych u rekrutów w koszarach lub u żołnierzy bezpośrednio przed wymarszem na front. Tutaj brak już było i urazu i przestrachu. Dalszy snop światła na istotę nerwicy pourazowej rzuciły wyniki lecznicze Nonnego i Kaufmanna. Pierwszy hypnozą, drugi zaś prądem faradycznym, na jednem lub kilku posiedzeniach, usuwał objawy. Obraz chorobowy okazywał się jednak głową meduzy, która raz odcięta, odrastała natychmiast, gdy tylko pojawiało się widmo powrotu na front. I tak z 400 obserwowanych przez Willmannsa neurotyków tylko 27 powróciło na front, a właściwą służbę w okopach pełniło tylko 5. Opierając się na tem spostrzeżeniu Willmanns przeprowadził pouczający eksperyment. Zrezygnował z dalszego używania neurotyków do służby frontowej, zorganizował z nich bataljony robotnicze, czynne przy wytwarzaniu amunicji. Ludzie ci płatni byli, jak robotnicy cywilni. Wtedy liczba zupełnie wyleczonych bez nawrotów, podniosła się aż do 97 proc. Efekt był więc piorunujący. Bezpośrednio po zawieszeniu broni powstała w Niemczech nieznana dotychczas w dziejach „epidemja nagłego, masowego wyzdrowienia“ (Stier). Lazarety się opróżniały, porażeni opuścili je o własnych siłych. Doświadczenia wojenne udowodniły więc w sposób absolutnie przekonywujący psychorodną naturę nerwic wojennych.

Odpowiednikiem nerwic wojennych jest w czasach pokojowych nerwica powypadkowa. I tutaj lekki uraz wywiązuje ciężki obraz chorobowy, pozostający w rażącym niestosunku do siły urazu, nawet jeśli uwzględnimy i czynnik przestrachu. Jest to więc też reakcja psychorodna. Gdy jednak u korzeni nerwicy wojennej stał instykt samozachowawczy, który pchnął do ucieczki w chorobę, to tutaj mechanizm psychologiczny jest grubo zawilszy i mniej przejrzysty. Napotykamy cały splot okoliczności, wchodzą tu w grę, oprócz doznanego urazu, losy neurotyka z okresu przed wypadkiem, warunki jego bytowania społecznego, przejścia indywidualne, konstytucja, ogólny stan zdrowotny, wpływy płynące z istnienia ustawy ubezpieczeniowej i tp. Nerwica powypadkowa nie jest więc czemś jednolitem, powstaje jako rezultat współdziałanie licz-

nych, w poszczególnych przypadkach odmiennych czynników. Klamrą jednak, która spina te różnorakie w genezie i wyglądzie zewnętrznym obrazy cielesne, jest ich psychorodność..

Zdefinjowanie nerwicy powypadkowej od strony objawowej jest jak wogóle w obrazach psychorodnych, niemożliwe, możnaby jedynie opisać najczęściej spotykane typy. Ma to jednak znaczenie podrzędne, dlatego spotykamy wyłącznie tylko określenia psychologiczne, niektórzy zaś autorowie rezygnują wogóle z definicji wychodząc z założenia, że żadna nie wyczerpie szerokiej skali istniejących tu możliwości. Inni, pod wpływem walki toczonej z rozlewającą się szeroko falą nerwic powypadkowych, nie są wolni od pewnych doktrynerskich uprzedzeń i dociągają swe konstrukcje teoretyczne do zgóry powziętych konkluzyj, a raczej tendencyj, zmierzających do wypleniania nerwicy powypadkowej, którą uważają za raka pasorzytującego na organiźmie społecznym. Autorowie ci wysuwają gonitwę za zyskiem ekonomicznym, walkę o rentę, jako jedyny motyw reakcji. Odzwierciedla się to w nomenklaturze przez nich używanej. (Rentenneurose, Rentenkampfneurose, Entschädigungsreaktion itp.) Jest to zupełnie niedopuszczalne uogólnienie. Nie przeczymy, że chęć uzyskania renty jest jednym z ważnych motywów reakcji, nie płynie ona jednak, jak postaramy się później wykazać, z pobudek nizkich i z chciwości (Begehrungsvorstellungen-Strümpell, Naegeli), lecz najczęściej z głębokiego, choć niesłusznego przekonania, o uszkodzeniu doznanem na skutek wypadku. Czasami zaś walka o rentę wogóle nie wchodzi w rachubę. Nemenklatura powyżej podana mieści w sobie niepotrzebne tendencje moralizatorskie, przesuwa zagadnienie lekarskie na płaszczyznę etyczną, potępia zbyt pochopnie, opierając się nietyle na przesłankach realnych o przedmiotowym stanie rzeczy, ile na podmiotowem z góry powziętem przekonaniu (Hoche) i zaognia stosunek lekarza rzeczoznawcy do uszkodzonego. Nie uznając walki o rentę, jako wyrazu chciwości lub deprawacji moralnej, za czynnik jedynie działający, odrzucamy definicję tej grupy autorów, którzy nerwicę powypadkową traktują, „jako psychorodne psychoneurotyczne manifestacje wyzwolone przez chciwość“ (Moser). Pomijamy już okoliczność, że chciwość, czy pożądliwość, pojęte jako czyste wyobrażenia (Begehrungsvorstellungen), nie mają żadnej „siły dynamicznej“ (Kleist, Braun, Hoche i i.). Jak już tylekrotnie zaznaczyliśmy tylko afekt uruchamia i dostarcza paliwa mechanizmom nerwicowym. Tę przeszkodę ominięto w spo-

sób sofistyczny; miejsce pożądliwości jako wyobrażenia, zajęło życzenie wyrosłe z pożądliwości (Begehrungswünsche). Nerwica powypadkowa nie jest dła tych autorów wogóle chorobą, lecz zupełnie „zrozumiałą reakcją psychologiczną“ (Reichard), przy powstaniu której doznany wypadek nie gra żadnej roli patogennej, obudził tylko życzenie i pchnął je w pewne łożysko. Ponieważ świadome pożądanie zysku materjalnego u zdrowego normalnego człowieka nie prowadzi do reakcji neurotycznej, lecz co najwyżej do symulacji, założono, że warunkiem powstania nerwicy jest konstytucja psychopatyczna i nieświadomość tych pożądań. W dyspozycji psychopatycznej tkwiły pewne gotowości „do chorobliwych reakcyj“ (Reichard). Zaplątano się w cały szereg sprzeczności logicznych. Psychologicznie zrozumiała reakcja, która nie jest chorobą, drogą dziwnego łamańca myślowego, stała się „chorobliwą reakcją“. Pożądanie renty było więc pierwotnie normalną reakcją psychalogiczną, zmobilizowaną przez doznany wypadek, ponieważ pożądanie to wystąpiło u psychopaty, wynikły stąd zaburzenia o charakterze chorobliwym, które nie są jednak chorobą (?). Powstał jak powiada Kronfeld, „hysteron proteron“. Powstanie chorobliwych objawów wskazuje na domniemaną gotowość do reakcji, jest więc sprawdzianem chorobliwej dyspozycji, ta zaś naodwrót tłumaczy powstanie objawów. Założono z góry to, co należało najpierw udowodnić, mianowicie istnienie dyspozycji psychopatycznej (Kronfeld). Istnieją coprawda pewne związki między psychopatyczną dyspozycją a nerwicą powypadkową, nie mają jednak charakteru stałego i bezwzględnego. Kwestję tą jeszcze rozważymy i przytoczymy wyniki odnośnych badań Bonhöffera i Marji Wagner. Stwierdzamy jednak już teraz, że nieliczne zestawienia statystyczne nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków, że nerwica powypadkowa jest sprawdzianem konstytucji psychopatycznej. Reichard nie uważa nerwicy powypadkowej za chorobę, „ponieważ reakcje psychiczne nie są chorobami, idącemi w parze z procesami chorobowemi (zmianami organicznemi), chociażby, co w każdym przypadku z osobna należy udowodnić — sama reakcja psychiczna była chorobliwą“. Gdyby stanowisko Reicharda znalazło prawo obywatelstwa w patologii ogólnej, musielibyśmy rozróżnić trzy gatunki ludzi: „Zdrowych (do nich należą też symulanci), prawdziwych chorych i chorych, którzy nie są chorymi“. (Hoche). W sposób jeszcze bardziej jaskrawy poparł pogląd Reicharda, Stier. W swych ośmiu tezach, przedłożonych niemieckiemu Państwowemu Urzędo-

wi Ubezpieczeń użył zwrotu, że nerwica powypadkowa nie jest chorobą, ponieważ można ją wyleczyć pieniędzmi. Rozumiejąc w ten sposób wyłączylibyśmy z kategorji chorób psychicznyeh psychozy wiezienne, ponieważ najlepszym środkiem leczniczym jest zwrócenie więźniowi wolności, a przecież i pieniądze nie są niczem innem w przypadkach nerwicy powypadkowej, jak środkiem usuwającym przykrą sytuację.

Jaspers wykazał, że określenie, na czem właściwie polega choroba i wytyczenie granicy między zdrowiem a chorobą, jest praktycznie niemożliwe. Zawodzą tu kryterja morfologiczne, chemiczne, czynnościowe i społeczne, decyduje zaś raczej konwencja i wyczucie, czy ktoś cierpi i wymaga pomocy. Nie można zaś twierdzić, że neurotyk nie cierpi i nie wymaga pomocy. Wcielając zasady Reicharda i Stiera w życie, powinnibyśmy zamknąć drzwi naszych gabinetów przed neurotykami wogóle, trudno bowiem traktować odmiennie ubezpieczonych od nieubezpieczonych.

Nie poświęcilibyśmy tyle miejsca teoretycznemu roztrząsaniu kwestji, czy nerwica powypadkowa jest chorobą, gdyby to nie miało żadnego znaczenia praktycznego. Tak jednak nie jest. Instytucja ubezpieczeniowa zobowiązana jest bowiem nietylko do świadczeń materjalnych ale i do leczniczych, o ile zachodzi choroba w rozumieniu prawa; nie pokrywa się to z chorobą w sensie przyrodniczo-lekarskiem. (patrz str. 78). Za chorobą, obowiązującą do świadczeń leczniczych, ustawa uważa te stany, w których zachodzi „rzeczowa potrzeba leczenia“. O rzeczowej potrzebie leczenia może być mowa tylko tam, gdzie istnieje „nadzieja na wyleczenie metodami lekarskiemi. (Knol). Wedle Stiera nerwica powypadkowa nie jest wogóle chorobą, tylko wypływem pewnych tendencyj i życzeń ubezpieczonego. Wszelkie zabiegi lecznicze prowadziły więc do utrwalenia neurotyka w mniemaniu, że jest chory, leczenie wywarłoby więc skutek przeciwny zamierzonemu. Nie zachodzi więc wymagana przez prawnika „rzeczowa potrzeba leczenia“. Chociażby nawet uznano związek przyczynowy między nerwicą a wypadkiem za istniejący i dowiedziony, wchodziłaby w grę tylko renta, a nie leczenie. Do sprawy tej jeszcze powrócimy, omawiając ocenę nerwicy powypadkowej w przewodzie odszkodowawczym.

Wypada obecnie rozpatrzyć argumenty przytoczone przez zwolenników teorji, że nerwica powypadkowa jest tylko i wyłącznie wyrazem nieuświadomionych tendencyj ubezpieczonych, zmierzających do uzyskania renty (gdyby były świadome, zachodziłaby sy-

mulacja), i że tendencje te płyną z chciwości i z innych pobudek nieetycznych, i spytać, czy nerwica powypadkowa jest istotnie tylko sztucznym produktem, wychodowanym przez ustawę ubezpieczającą od wypadków. Przyznać trzeba, że argumenty są liczne i pozornie przekonywujące. Wymienimy je obecnie po kolei i rozważymy, czy mają one absolutną moc dowodową.

1). Przed wejściem w życie ustawy ubezpieczeniowej nie istniała nerwica powypadkowa. Pojawiła się dopiero w Niemczech po roku 1884.

2). Przed rokiem 1884. Charcot nie zaobserwował we Francji podobnych przypadków, później zaś tak (Naegeli).

3. Nie spotykamy nerwicy powypadkowej u studentów którzy doznali uszkodzeń przy menzurach, po wypadkach sportowych i u oficerów zawodowych po upadku z konia. Nieznane są długotrwałe nerwice po trzęsieniach ziemi i innych wypadkach nieubezpieczonych, dalej u osobników niedorozwiniętych umysłowo. (Naegeli).

4. Nerwica powypadkowa nie występuje po uszkodzeniach z następstwami organicznemi, a więc tam gdzie prawo do odszkodowania nie ulega żadnej wątpliwości.

5. Istnieje niestosunek między doznanem lekkiem uszkodzeniem a ciężkim obrazem nerwicowym, nie można go bowiem wytłumaczyć tylko przebytym przestrachem, który jest z natury zjawiskiem krótkotrwałem.

6. Meier Müller nie zauważył nerwicy powypadkowej u szwajcarskich lotników, służących zawodowo w wojsku.

7. W Mühlheim an der Ruhr przebyło katastrofę kolejową 400 żołnierzy zawodowych, nie zaobserwowano jednak ani jednego przypadku nerwicy powypadkowej (Backer).

8 Podczas katastrofy kolejowej w Mühlheim in Baden, którą dotknięta została ludność cywilna, wystąpiły tendencje do wyzyskania „obowiązku odpowiedzialności“ przedsiębiorstwa za poniesione przez pasażerów szkody (Haftplicht). Na 99 osób u 52 osób wystąpiły objawy chorobowe.

9. Wedle statystyki Ciampolliniego na 160 nerwic, które się pojawiły po katastrofie kolejowej, po otrzymanej odprawie tylko w 4 przypadkach pozostało trwałe ograniczenie zdolności zarobkowej.

10. Panse zaobserwował na osobach nieubezpieczonych skutki uderzenia piorunu. Zauważył tylko krótkotrwałą nieprzytomność,

przejściowe porażenia czuciowe i ruchowe, zaburzenia naczynioruchowe, kilka dni trwający stan lękowy i bezsenność. Psychopaci których było 5 na 21 przypadków, reagowali odmiennie, ale i tutaj do 3 miesięcy nastąpiło wyzdrowienie. Mimo więc znanego faktu, że po zadziałaniu prądu o wysokiem napięciu „występują delikatne zmiany chemiczne i elektroemchiczne", nerwice się nie rozwinęły.

11) Doświadczenia po udzieleniu jednorazowej odprawy. Zestawienia statystyczne nie są tu oparte na badaniach lekarskich, tylko na informacjach zasiągniętych za pośrednictwem władz administracyjnych, które badały stosunki zawodowe i zarobkowe odnośnych osobników.

a) Zestawienie Naegelego objęło 138 przypadków. W 115 przypadkach (83 %) stwierdzono pełną zdolność zarobkową, w 20 przypadkach (14.50 %) ograniczoną zdolność zarobkową, z tych 16 miało, oprócz objawów nerwicy, zaburzenia organiczne, u 4 zaś pozostałych regularna praca była niemożliwa z powodu niekorzystnych warunków zewnętrznych. Pewna grupa podjęła pracę odrazu, część dopiero po roku ponieważ wstydziła się zbyt nagle, po otrzymanej odprawie odzyskanego zdrowia. (Anstandsfrist).

b) Panse badał katamnestycznie, za pośrednictwem władz administracyjnych, stosunki zarobkowe ubezpieczonych po jednorazowej odprawie i przeciwstawił im grupę tych osób, którym odrazu nie przyznano renty, lub ją cofnięto po długoletniem wypłacaniu. Pierwsza grupa obejmowała 50, druga zaś 44 przypadków.

Po jednorazowej odprawie: Pełna czynność zarobkowa w 41 przyp. (82 proc.)
Ograniczona czynność zarobkowa w 8 przyp. (16 proc.)
Nie podjęto czynności zarobkowej w 1 przyp. (2 proc.)

Po oddaleniu roszczeń odrazu lub do długotrwałem pobieraniu renty: Pełna czynność zarobkowa w 30 przyp. (82 proc.)
Ograniczona czynność zarobkowa w 6 przyp. (14 proc).
Nie podjęto czyności zarobkowej w 2 przyp. (4 proc.)

Wyniki obu sposobów postępowania są jednakowe, mimo odmiennego wpływu, który wywierają. Po odprawie występuje bowiem korzystny wpływ na psychikę, tryumf z odniesionego zwycięstwa i możność stworzenia sobie nowej egzystencji. Po

oddaleniu roszczeń rozgoryczenie i brak jakichkolwiek ułatwień w walce o byt. Panse wyciąga stąd wniosek, że niema żadnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wypadkowem a nerwicą powypadkową, pojętą przez niego, jako psychiczna reakcja poszczególnych jednostek na przebyty wypadek. Wypadek, jako taki, nie powoduje długotrwałej nerwicy, występuje tylko, o ile osobnik był ubezpieczony; przyczynowo działa tylko pożądanie renty. U niektórych dysponowanych jednostek, wypadek mobilizuje wprawdzie także i obawy hipochondryczne wraz z manifestacjami w sferze psychicznej i neuro-somatycznej, są jednak tylko krótkotrwałe.

Panse pod jednym kątem widzenia traktuje kwestję związku przyczynowego między nerwicą a wypadkiem i motywami reakcji. Wnosi, że tylko natychmiastowe oddalenie roszczeń odszkodowawczych usunie radykalnie nerwicę powypadkową jako zjawisko indywidualne i społeczne. Duży odsetek neurotyków, którzy podjęli tylko ograniczoną czynność zarobkową, jest wedle niego bez znaczenia, ponieważ nie wstrzymała ich od pracy zarobkowej choroba, tylko spensjonowanie, bezrobocie, starość i przestępstwa, reszta zaś to nieustatkowani psychopaci, którzyby niepracowali i bez doznanego wypadku. Błąd zasadniczy tkwi, rzecz jasna, w podciągnięciu pod jeden strychulec strony prawnej zagadnienia, tj. istnienia lub braku związku przyczynowego nerwicy z wypadkiem, z obliczem psychologicznem tj. z motywami reakcji. Panse rozumuje w sposób uproszczony: Ponieważ nerwica powypadkowa daje wedle mniemania ogółu ubezpieczonych podstawę do odszkodowania, ergo motywem jej powstania jest pożądanie renty, ta zaś okoliczność wyklucza istnienie związku przyczynowego między nerwicą a wypadkiem.

W rzeczywistości w zagadnieniu nerwicy powypadkowej mamy trzy elementy zasadnicze; wypadek, nerwicę i motywy reakcji, które mogą występować w rozmaitem wiązaniu.

a) Wypadek wywołuje pewne zaburzenia czynnościowe, somatopsychiczne, których wystąpienie nie jest uwarunkowane żadnemi motywami psychologicznemi. Są to, wedle nomenklatury Reicharda i Naegelego skutki wypadku (Unfallfolgen), niesłusznie zaliczane do nerwic. Związek przyczynowy między wypadkiem a temi zaburzeniami czynnościowemi nie ulega wątpliwości.

b) Doznane zdarzenie wypadkowe przeszło przez obróbkę psy-

chiczną (seelische Verarbeitung), pobudziło pewne życzenia lub obawy, które są motywami psychologicznemi reakcji nerwicowej. Sprawa związku przyczynowego z wypadkiem wymaga indywidualnego rozpatrzenia.

c) Motywy reakcji są zupełnie niezależne od doznanego wypadku. Osobnik znajdował się już przed wypadkiem w sytuacji nerwicowej, ciężkie przejścia, konflikty seksualne czy etyczne' byłyby doprowadziły do powstania nerwicy i bez wypadku' Wypadek jest tylko pozorem, który usprawiedliwia ucieczkę w chorobę przed sobą samym i otoczeniem, a nie istotną przyczyną nerwicy, choćby nawet działał patoplastycznie i wpływał na ukształtowanie się objawów.

Po tych uwagach rozpatrzymy wyżej wymienione argumenty które zdaniem Pansego, Naegelego, Stiera, Reicharda i i., dowodzić mają z niezbitą pewnością wyłącznej zależności przyczynowej nerwicy powypadkowej od ustawodawstwa społecznego, ponieważ bez jego istnienia, nie powstałyby swoiste motywy chorobotwórcze.

ad 1). Nerwica powypadkowa rzekomo nie istniała przed wejściem w życie ustawy ubezpieczeniowej. Jest to twierdzenie gołosłowne, przed rokiem 1894. nie było przymusowego badania, nerwice nie wychodziły na światło dzienne, były dla lekarza przeważnie nieuchwytne i wymykały się z pod ujęcia statystycznego Pozatem nasilenie ilościowe zależy od częstości wypadków, która jest związana z uprzemysłowieniem kraju i mechanizacją pracy. Pod tym względem warunki po roku 1884. wydatnie się zmieniły.

ad. 2). Przed tą historyczną, przełomową dla nerwic powypadkowych datą, Charcot nie zaobserwował nerwicy powypadkowej. Wystarczy jeśli nerwica weszła w orbitę jego spostrzeżeń w latach 1884—1898. We Francji ustawa ubezpieczeniowa weszła bowiem w życie dopiero w roku 1898., w poprzedzającem więc 14-leciu pożądanie renty wogóle nie wchodziło w rachubę.

ad 3). Działania psychicznego wypadków zaszłych przy menzurach, czy podczas ćwiczeń sportowych, nie można nawet porównać z wpływami wywieranemi przez wypadki doznane podczas pracy. Brak tu jest momentu zaskoczenia, złączonego „z bezbronnie przebytem niebezpieczeństwem życiowem". (Kronfeld) Uszkodzony ma świadomość, że sam z własnej woli, dla własnej przyjemności igrał z niebezpieczeństwem, co pociąga za sobą zupełnie odmienne nastawienie psychiczne w stosunku do wypadku, ogól-

na zaś konstelacja psychiczna ma w reakcjach psychorodnych znaczenie dominujące. Pozatem nie widzi takich przypadków lekarz, spotykający się z nerwicą powypadkową, tylko z tytułu swego obowiązku rzeczoznawcy, bo uszkodzeni, jako nieubezpieczeni, nie mają żadnego powodu, aby się u niego jawić. Kronfeld jednak w praktyce prywatnej spotkał, zresztą nieliczne, przypadki nerwicy pomenzurowej. Zgadza się to ze spostrzeżeniem Dölkena, który na 700 przypadków uszkodzeń pomenzurowych, zaobserwował 25 przypadków nerwicy, naogół jednak krótkotrwałych. Tenże sam Dölken stwierdził nieliczne tylko przypadki nerwic u oficerów zawodowych po upadku z konia. Nie można jednak porównać sytuacji życiowej i materjalnej oficera, z położeniem robotnika. Oficer, jak każdy funkcjonarjusz państwowy, ma zabezpieczoną przyszłość, ma świadomość czekającej go, na wypadek niezdolności zawodowej, pensji. Ocenia więc spokojnie, bardziej przedmiotowo, skutki doznanego wypadku, nie wiążą się one z obawą o egzystencję własną i o byt rodziny, nie znajduje się w stanie napięcia podsycanego obawą o przyszłość. Do kwestji tej, jako zasadniczej, powrócimy omawiając poszczególne mechanizmy psychologiczne, spotykane na obszarze nerwic powypadkowych.

Nerwica powypadkowa u dzieci jest istotnie zjawiskiem rzadkiem; jest to rzecz zrozumiała, jeśli zważymy, że dzieci pracujące w zakładach przemysłowych spotyka się chyba jeszcze na dalekim Wschodzie. Neageli jednak przesadza twierdząc, że nerwice powypadkowe są u dzieci wogóle nieznane. Występują one niekiedy po katastrofach kolejowych, upadku z wysokości i t. p. i mają charakter histeryczny, tendencyjny. Łączy się z niemi zysk w postaci pieszczot, silnego zainteresowania całego otoczenia i dogadzania zachciankom. Są naogół krótkotrwałe, ponieważ napływ nowych wrażeń spycha w zapomnienie przebyty wypadek.

Nie wytrzymuje krytyki twierdzenie Naegelego, że nie spotyka się nerwic powypadkowych u osobników niedorozwiniętych umysłowo. Jest to sprzeczne z wynikami obserwacyj prawie wszystkich autorów (Reichard, Bonhoffer, Marja Wagner, Braun i i.) Na materjale przez nas badanym, obejmującym 186 przypadków, zaobserwowaliśmy 29 przypadków (około 5 proc.) niedorozwoju umysłowego.

Neageli opiera się dalej na pracy Stierlina, który rzekomo nie zauważył nerwicy po trzęsieniu ziemi w Valparaiso. Konfrontacja z oryginalnym tekstem pracy Stierlina dowodzi czegoś wprost przę-

ciwnego. Stierlin wspomina wyraźnie: „Po trzęsieniu ziemi natrafiamy na ciekawe zjawisko... w Valparaiso wystąpiły liczne przypadki nerwicy pourazowej, nawet bez urazu w czaszkę, choć odszkodowanie wogóle nie wchodziło w rachubę... Doświadczenia zrobione przezemnie w Valparaiso doprowadziły mnie do przekonania, że u ludności inteligentnej, zupełnie nieopanowanej myślami o odszkodowaniu, mogą wystąpić po katastrofach nerwice równie uporczywe jak u osobników ubezpieczonych, stojących na niskim stopniu intelektualnym, którzy ulegli wypadkowi podczas pracy zarobkowej". Po trzęsieniu ziemi w Messynie Stierlin nie zauważył obrazów histerycznych (dodamy tu od siebie, że w starem tego słowa znaczeniu, gdy za cechę histerji uważano zaburzenia czuciowe i ruchowe specjalnego typu), natomiast często stwierdzał, bezsenność, zrywania nocne, napadowe poty, przyspieszone i chwiejne tętno i wzmożone odruchy ścięgniste, a więc te objawy, które i dzisiaj tworzą najczęściej fizjognomję nerwicy powypadkowej. Willmans w wykładzie z dnia 7. III. 1929 roku, przeznaczonym dla lekarzy czynnych w instytucjach ubezpieczeniowych, przytoczył przypadek dotyczący studenta włoskiego zasypanego ziemią podczas trzęsienia ziemi w Messynie, człowieka przedtem pogodnego, wesołego i w całej pełni sprawnego, który mimo upływu kilku lat od przebytej katastrofy cierpiał na bezsenność, niemożność skupienia myśli i wrażliwość, które to „objawy znacznie ograniczają jego zdolność zarobkową".

ad 4). Brak obrazów nerwicowych po ciężkich uszkodzeniach, powodujących trwałe zmiany organiczne, świadczy istotnie o pewnym związku nerwicy z ustawodawstwem społecznem. Nie można mówić o braku, tylko o rzadkości, znane są bowiem nerwicowe nawarstwienia na tak tzw. jądro organiczne.

ad. 5). Niestosunek między doznanem lekkiem uszkodzeniem a ciężkością objawów nerwicowych dowodzi tylko, przez nikogo już dzisiaj nie kwestjonowanej, psychorodności nerwicy powypadkowej, nie rzuca zaś wcale światła na motywy reakcji.

ad). 6). Sytuacja zawodowo w wojsku służących lotników pokrywa się się z położeniem urzędników państwowych o zabezpieczonej przyszłości. Podobnie ma się rzecz z cytowanymi pod 7). 400 żołnierzami armji niemieckiej, która nie rekrutuje się obecnie z powszechnego poboru.

ad 8. i 9). Obecnie przejdziemy do skutków katastrof kole-

jowych. Przytoczone zestawienia mają istotnie wyraźną wymowę, która przemawia za związkiem przyczynowym nerwicy z myślami o odszkodowaniu. Nie można jednak tych doświadczeń przenosić na nerwice powstałe po wypadkach, związanych z pracą zawodową, istnieją bowiem zupełnie odmienne warunki. Pretensje do odszkodowania za szkody poniesione przy katastrofach kolejowych opierają się na zupełnie innej zasadzie prawnej, mianowicie na tzw. obowiązku odpowiedzialności przedsiębiorstwa (Haftpflicht) i podlegają jurysdykcji sądów zwyczajnych, a nie społecznych instytucyj ubezpieczeniowych. Sumy wypłacane tytułem odszkodowania są grubo wyższe. Starania o rentę wspomagane są przez wymownych adwokatów. Renciści nie podlegają perjodycznej kontroli lekarskiej. Rent nie przyznaje się czasowo, tylko trwale, najczęściej wchodzi w rachubę jednorazowa wysoka odprawa ustalona na drodze wzajemnej umowy. Pokusa jest więc grubo większa i niema potrzeby trwałego udowadniania choroby. Wypadek doznany przy pracy zawodowej ujawnia jej niebezpieczeństwa, o których się przedtem nie myślało, przesuwa je w centrum pola świadomości, budzi obawy nietylko odnośnie do aktualnych skutków doznanego wypadku, lecz i niepokój prospektywny, związany z koniecznością dalszego uprawiania niebezpiecznego zawodu kryjącego w sobie możliwości dalszych wypadków w przyszłości. Doświadczenia wojenne zaś wykazały, że stan psychiczny żołnierza, który powrócił na front po wyleczeniu się z ran, jest gorszy od stanu żołnierza, jeszcze nie ranionego. U uszkodzonych robotników obawa, sięgająca w przyszłość, nie musi się wprost wyrażać w fobjach natury anankastycznej (patrz str. 56) stwarza jednak podłoże do powstania reakcyj psychorodnych, wchodzi wraz z innemi czynnikami, dalekiemi od chciwości, które później omówimy, we wiązkę motywów chorobotwórczych.

Za dominowaniem natomiast chęci zysku w nerwicach po wypadkach, podlegających zasadzie prawnej o obowiązku odpowiedzialności przedsiębiorstwa, przemawiają zestawienia liczbowe Levy-Suhla, Reicharda i Horna. Wykazały, że 50 proc. odszkodowań wypłacanych przez koleje niemieckie przypadało zawsze na nerwice i że z roku na rok wzrasta procentowo ilość tych osób, które zgłaszają po katastrofach kolejowych roszczenia odszkodowawcze, dochodząc do 60 proc. wszystkich podróżnych, którzy przeszli katastrofę. Doprowadziło to prywatne instytucje ubezpieczeniowe do umieszczenia klauzuli w umowie, że odpowiadają materjalne

tylko za organiczne zaburzenia nerwowe, doznane skutkiem katastrofy kolejowej. Ubezpieczalnie prywatne były do tego kroku zmuszone, statystyka bowiem jednej z nich wykazała (Victoria,) że na 100 przypadków inwalidztwa aż 80 proc. wypadło na pozycję nerwicy i że liczba ubezpieczonych, którzy po katastrofie kolejowej zachorowali na nerwicę, wzrosła tylko w ciągu jednego roku, bo od roku 1914 do 1915 z 38 proc. na 52 proc., choć katastrofy kolejowe swego charakteru nie zmieniły. Tej ilości nerwic po wypadkach doznanych podczas pracy zarobkowej nigdy nie było i niema, tylko bowiem 1 proc. wszystkich wypłacanych rent przypada na nerwice powypadkowe. (Horn). Świadczy o tem, że większości przypadków po katastrofach kolejowych przylepia się niesłusznie etykietę nerwicy. Zachodzi tu raczej zjawisko bardzo zbliżone do symulacji, predyiekcja zaś do produkowania objawów nerwowych tłumaczy się znanym coraz szerszym warstwom ludności faktem, że istnieją pewne zaburzenia nerwowe odczuwane tylko podmiotowo, bez wyraźnych przedmiotowo stwierdzalnych objawów, zwłaszcza po przebytym przestrachu. Przyznajemy, że przestrach może wywołać nerwicę, ale nie aż u 50 proc. osobników, którzy na działnie jego byli wystawieni. W lwiej części przypadków świadoma gonitwa za zyskiem podsyca i śrubuje te afekty, podtrzymując w ten sposób objawy przestrachu w sferze neuro-somatycznej.

Stwierdzamy ten fakt bez jakichkolwiek tendencyj moralizatorskich, płynie on nietyle z jakiejś jednostkowej ułomności moralnej, ile z dziwnego nastawienia ogółu ludności do instytucyj ubezpieczeniowych. Zbiorowa moralność ulega przytępieniu, gdy jako strona w sporze występuje państwo lub instytucja zbliżona do państwowej. Jednostkowe poczucie o niemoralności takiego zysku ulega, jak przy wszystkich zjawiskach masowych, osłabieniu przez świadomość, że po tej właśnie linji idzie ogół.

ad 10). Wyniki obserwacyj Pansego są dla nas zupełnie niezrozumiałe, zwłaszcza że przyjmuje drobne organiczne zmiany w podłożu, skutkiem zadziałania prądu o wysokiem napięciu Doświadczenia z encefalopatiami powstrząsowemi pouczają nas o czemś zupełnie innem. Mimo braku objawów ogniskowych, występują liczne zaburzenia w sferze neuro-somatycznej, które nie są zresztą nerwicą w naszem tego słowa rozumieniu. Przeciwko słuszności zapatrywań Pansego przemawiają też obserwacje Löwensteina i Mendla (patrz str. 62).

ad 11). Doświadczenia Naegelego po jednorazowej odprawie. Pomijam tu okoliczność, podniesioną zresztą przez Pansego, że odprawa wywiera ogólny dodatni wpływ psychiczny, ułatwia bowiem walkę o byt, zabezpiecza pozycję materjalną, usuwa więc źródło obaw o przyszłość i wprowadza w sytuację życiową, która nie może pozostać bez wpływu na reakcję psychorodną. Naegeli utożsamia stan zdrowia z czynnością zawodową, zapomina dalej, że podstawą do przyznania renty czy odprawy nie musi być 100 procentowa niezdolność do zarobkowania, większość rent waha się bowiem w granicach od 20 — 30 proc. pełnej renty. Wzmożonym wysiłkiem woli i energji można skompensować to częściowe tylko wypadnięcie zdolności do pracy zarobkowej. Rozwinięcie pełnej nawet czynności zawodowej i zarobkowej nie dowodzi zaniku zaburzeń neurotycznych. Naegeli opiera się tylko na informacjach zasięgniętych za pośrednictwem władz administracyjnych. Oko ich nie przebija powłok człowieka, nie dostrzega bezsenności, bicia serca, stanów rozdrażnienia i t. p, nie może oceniać nakładu wysiłków zużywanych na pracę codzienną, które przyspieszają „wyczerpanie organizmu“ (Riese, Fränkel).

Z badań Naegelego wyciągnęli jednak niektórzy rzeczoznawcy wniosek praktyczny, że nie należy przyznawać rent neurotykom, ponieważ mogą zarobkować, jak ludzie zdrowi. Lekarz wkroczył w ten sposób w kompetencje ustawodawcy i przeprowadził zupełnie niedopuszczalną wykładnię ustawy ubezpieczeniowej. Wolno mu conajwyżej, o ile przekonała go praca Naegelego, odrzucić związek przyczynowy między nerwicą a wypadkiem. Kwestja odszkodowania wtedy wogóle odpada. Nie wolno mu zaś rozumować w ten sposób; Naegeli wykazał, że nerwica nie jest przeszkodą w pracy, zbędne są więc wnioski na przyznanie renty. Takie stanowisko byłoby zupełnie sprzeczne z duchem ustawy ubezpieczeniowej. Przytoczę tu wykładnię ustawy podaną przez autorów austrjackich i niemieckich. W Austrji przyjęto za słuszne i ogłoszono w Urzędowych Wiadomościach z roku 1921 i 1923 pogląd Dra. Roberta Korbera i Eugena Spanna, że przy przyznaniu odszkodowania nie chodzi „o roszczenie do wynagrodzenia szkody, lecz o roszczenie ubezpieczeniowe, a przedmiot ubezpieczenia stanowi nie dochód z pracy, lecz zdolność zarobkowa ubezpieczonego“... „Szkoda powstaje i wtedy, gdy roczny zarobek robotnika ubezpieczonego, pomimo trwających następstw wypadku jest większy niż przedtem.“ Na tem samem stanowisku

stoi Dr. Schulte — Holthausen, prezes Senatu w niemieckim Państwowym Urzędzie Ubezpieczeń. „Roszczenie odszkodowawcze przy ubezpieczeniu od wypadków jest roszczeniem do prawem zastrzeżonych świadczeń należących do ubezpieczającego (Państwo), posiada publiczno-prawny charakter, do którego nie mają zastosowania przepisy prawa cywilnego". Nasze Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej hołduje temu samemu poglądowi. patrz str. 88.

Podstawą wniosków Pansego (11 b). są również tylko wywiady przeprowadzone przez Władze administracyjne. Dla Pansego miarodajne jest podjęcie czynności zarobkowej, a nie zdolność do zarobkowania. Podjęcie pracy nie wyklucza jednak nerwicy i nie przesądza kwestji motywów reakcji. Wnioskom Pansego zadał zresztą stanowczy cios Levy — Suhl wykazując, że w przypadkach Pansego podstawą prawną do przyznania odprawy lub renty później cofniętej, był obowiązek odpowiedzialności, gdzie pożądanie odprawy czy renty gra istotnie rolę zasadniczą. Nie można zatem sprowadzać do jednego mianownika przypadków Pansego z nerwicami, rozwijającemi się po wypadkach doznanych przy pracy zawodowej, które podlegają ubezpieczeniu społecznemu.

W okresie dwuletnim zaobserwowaliśmy w praktyce prywatnej 8 przypadków nerwicy powypadkowej, utrzymującej się przez kilka lat, mimo ostatecznego oddalenia roszczeń rentowych. Jeden z badanych wogóle nie podjął pracy z powodu czynnościowego porażenia prawej kończyny górnej. Uraz zadziałał w przedramię i spowodował ranę szarpaną, która gładko się wygoiła i nie stanowiła żadnej przeszkody dla swobodnego władania kończyną. We wszystkich 8-miu przypadkach nie było mowy o pożądaniu renty. Chorzy nie domagali się wcale świadectw, któreby mogły służyć jako podstawa do starania się o rewizję poprzedniej decyzji Urzędu Ubezpieczeń, zgłosili się wyłącznie tylko w celach leczniczych. Stwierdzamy tylko sam fakt, nie wchodząc w kwestję, czy w przypadkach tych zachodził związek przyczynowy między nerwicą a wypadkiem; chodzi nam bowiem tylko o wykazanie, że motywy reakcji mogą być bardziej skomplikowane, niż to przyjmuje Panse.

Argumenty przytoczone przez zwolenników teorji o wyłącznej zależności przyczynowej nerwicy powypadkowej od myśli o odszkodowaniu, nie pozwalają po krytycznem rozpatrzeniu na tak jednostronną interpretację uogólniającą. Nerwica powypadkowa nie jest równaniem. w którem X. równa się wyobrażeniom lub

życzeniom pożądawczym, lecz reakcją psychorodną o zawiłej i różnej w poszczególnych przypadkach strukturze psychologicznej Kształtuje się pod wpływem rozlicznych czynników, wśród których znajduje się i ustawa ubezpieczeniowa.

Teorja sprowadzająca zagadnienie nerwicy powypadkowej do jednego z góry wiadomego motywu, jako najbardziej przejrzysta i uproszczona, znalazła łatwo dostęp do szerokich sfer rzeczoznawców lekarskich, spełniających niejednokrotnie swe odpowiedzialne funkcje bez dostatecznego wyszkolenia i doświadczenia neurologiczno-psychjatrycznego. Wytworzyła swoistą psychologję rzeczoznawcy, który wypadł z roli lekarza i objął czynności sędziego śledczego. Badanie odbywa się wskutek tego w atmosferze wzajemnej nieufności i podejrzliwości. Ubezpieczony widzi w lekarzu wroga, który znajduje się na służbie w instytucji ubezpieczeniowej i stoi na straży jej interesów finansowych, lekarz w ubezpieczonym oszusta, goniącego wyłącznie tylko za zyskiem materjalnym. To wzajemne nastawienie grzebie wszelką myśl leczniczą. Rozumowanie uproszczonemi kategorjami pociąga za sobą powierzchowność badania. Organiczne skutki wypadku ulegają przeoczeniu, lub przyjmowane są za histeryczne, celowo demonstrowane. Ubezpieczony obawiając się, że lekarz potraktuje jego dolegliwości zbyt lekko, nakłada jaskrawsze barwy, przesadza, symuluje lub roztapia objawy organiczne w szeroko rozbudowanym obrazie psychorodnym. Nadmierna produkcja objawów pogłębia nieufność lekarza, znajduje to często wyraz w jego zachowaniu, tonie pytań i sposobie, co odbija się znów drogą reperkusji na postawie badanego. Rozcietrzewia go i rozdrażnia, mobilizuje siły afektywne, które podsycają istniejące objawy i wpływają na wytworzenie nowych Badany wchodzi w pozycję bojową, w ten sposób przygotowany zostaje podłoże do przyszłych reakcyj pieniaczych. Przyznanie renty ubezpieczony przyjmuje, jako zwycięstwo i tryumf nad pobitym lekarzem, orzeczenie nieprzychylne przyjmowane bywa, jako wyraz złej woli i stronniczości lekarza. Ubezpieczony chce udowodnić swą chorobę przed wyższą instancją do której się odwołuje i wchodzi jeszcze głębiej w pozycję neurotyczną.

Niektórzy lekarze wychodzą zupełnie z roli rzeczoznawcy. Przywdziewają szaty strażników moralności społecznej i wszystkich neurotyków określają w czambuł mianem „pasorzytów, żerujących na gospodarstwie społecznem“, uważają ich za „histeryczno-psychopatycznych oszustów. (Weiler). Ten sam autor przyznaje, że

z trudem tylko zachowuje spokój i objektywność, gdy bada neurotyków wojennych, bo wywołali załamanie psychiczne kraju i spowodowali klęskę. Przy takiem nastawieniu trudno uwierzyć w tę z trudem zachowaną przedmiotowość i spokój.

Hauptmann, autor pracy p. t. „Wojna histerjom powypadkowym“, przyznaje również, że nie potrafi, wobec histerji powypadkowej, wytrwać w postawie lekarza. Elementami postawy lekarza wobec badanego, są w zwykłych warunkach współczucie, chęć dopomożenia i zainteresowanie rozpoznawcze. W stosunku do histeryka Hauptmanna „instynktownie“ opuszcza współczucie. Histeryk nie jest bowiem „chorym“; objawy nie musiały powstać, lecz wywołał je sam, aby uzyskać rentę“.

Motywem histerji powypadkowej rzadko jest tylko sama rządza zysku. Tam zaś, gdzie ona występuje, nie wierzymy podobnie, jak Hauptmann, w jej nieświadomość. Wiara w nieświadomość takich właśnie pobudek zakłada istnienie samych tylko typów idealnych, dla których świadomość celu reakcji byłaby źródłem konfliktów etyczno-moralnych, podważających równowagę psychiczną i pozostających dlatego poza polem świadomości. Jeśli u korzeni reakcji stoi tylko żądza zysku, znajdujemy się istotnie bardzo blisko symulacji, choć w dalszym przebiegu, gdy reżyserja reakcji oddala się z centralnego odcinka świadomości, aby tem łatwiej uruchomić mechanizmy cielesne, nie zachodzi już symulacji nie uprawnia do potępienia i spoglądania na nią z własnej rzekomej wyżyny etycznej. Współczujemy przecież i z najgorszym przestępcą kryminalnym, nie szukamy odwetu i nie potępiamy, lecz staramy się uspołecznić i poprawić, taki bowiem cel ma kara więzienna. Stanowisko zajęte przez Hauptmanna napewne nie rodzi koniecznej przy badaniu i ocenie przedmiotowości, dławią bowiem uprzedzenie z góry powzięte.

Hauptmann przyznaje się przynajmniej do swego stanowiska, Schröder zaś podobne nastawienie spowija w cały szereg frazesów. Wedle tego autora nerwica powypadkowa jest rodzajem „moral insanity“, polegającej na braku zaakcentowania uczuciowego dla wszystkich tych wyobrażeń, które regulują współżycie społeczne. Uczucia społeczne łączą się „z filoponją“ (zamiłowanie do pracy), nastawienie zaś społeczne „z afiloponją“. Z tych afiloponików, nie mających zrozumienia „dla błogosławieństwa pracy“, rekrutują się neurotycy, którzy chcą uzyskać pieniądze bez wysiłków. Dotychczas stanowisko Schrödera jest jasne. W dalszych jednak

wywodach Schröder dodaje, że nie chce wprowadzać wartościowania moralnego, dlatego nie używa słowa lenistwo, tylko wprowadza termin grecki afiloponja. Myśli Schrödera można wypowiedzieć innemi słowami w ten sposób: My wtajemniczeni wiemy, że przyczyną nerwicy powypadkowej jest lenistwo, nazwijmy je jednak niezrozumiałym dla ogółu terminem greckim, aby nam nie zarzucono tendencyj moralizatorskich.

Kapitalnem oświetleniem psychologji rzeczoznawców tego typu jest zwrot użyty przez naczelnego lekarza jednej z najpoważniejszych prywatnych instytucyj ubezpieczeniowych. „Dla mnie każdy neurotyk jest świnią i draniem“ (przytoczone za Hochem). Jeśli tego rodzaju zasady głoszą niektórzy psychjatrzy, zajmujący stanowisko czołowe, to czy można się dziwić lekarzom, którzy spełniają czynności rzeczoznawców, choć nie posiadają głębszego wyszkolenia psychjatrycznego. Uproszczenie i uogólnienie uwalnia od wysiłku, który jest konieczny i duży, gdy się odrębnie rozpatruje każdy przypadek z osobna, nie wymaga specjalnego zastanowienia i wyszkolenia fachowego. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że takie nastawienie i uprzedzenie przedmiotowości nie stwarza.

My odrzucamy teorję w wyłącznej zależności przyczynowej nerwicy powypadkowej od myśli o odszkodowaniu *i przez pojęcie nerwicy powypadkowej rozumieć będziemy psychorodne zaburzenie w sferze neurosomatycznej, powstałe, jako reakcja na przebyty wypadek.* Jest to określenie najogólniejsze, wyłączyliśmy z niego motywy i cele reakcji. Definicja nasza dostarcza nam ram, w których pomieścić się mogą wszystkie powypadkowe reakcje psychorodne, bez względu na ich różną w poszczególnych przypadkach strukturę, której charakteru nie przesądzamy. Klamrą spinającą te reakcje jest ich psychorodność, drugą wspólną cechą jest ich powstanie po wypadku doznanym podczas pracy zawodowej. Poza nawias nerwicy wypadają zaburzenia organiczne, wywołane mechanicznem zadziałaniem urazu na system nerwowy ośrodkowy. Definicja nasza nie przesądza też w niczem istnienia lub braku związku między nerwicą a podłożem psychopatycznem, czy innem obciążeniem wrodzonem lub dziedzicznem.

Dla niektórych autorów nerwica powypadkowa jest sprawdzianem konstytucji psychopatycznej. Jest to — jak dotychczas — petitio principii, nieliczne prace statystyczne nie udowodnily tego w sposób nieodparty i przekonywujący. Nerwice powypadkowe

nie odbiegają pod tym względem od innych reakcyj psychorodnych. Zachodzi tu rozmaity stopień zależności. „Konstytucja z wyżyn momentu patogennego spaść może do roli czynnika predysponującego względnie tylko patoplastycznego, czynniki psychiczne (przejścia) mają również szeroko rozpiętą skalę znaczeniową, sięgającą od działania tylko wyzwalającego reakcję aż do patogennego, (Birnbaum). Wchodzi tu też w grę dyspozycja nabyta trwale lub przejściowo, na skutek miażdżycy tętnic, procesu przekwitania, przewlekłego alkoholizmu, ciąży, menstruacji, przebytych chorób zakaźnych, przemęczenia, niedożywienia lub pod wpływem napięcia afektywnego wywołanego zmartwieniami rodzinnemi, obawą o zagrożoną egzystencję, konfliktami psychicznemi i t. p. Wszystkie te czynniki mogą osłabić odporność fizyczną i doprowadzić do reakcji psychorodnej, nawet przy dynamicznie słabym naporze przejścia. Konstytucja, dyspozycja nabyta i przejścia współdziałają razem, tak że ciężko jest określić, który z tych czynników odgrywa rolę domininującą.

Przytoczymy obecnie wyniki badań Bonhöffera i Marji Wagner, którzy starali się ująć statystycznie związki zachodzące między psychopatją a nerwicą powypadkową.

Badanie przeprowadzone w klinice Bonhöffera objęły 142 osób. Odnośnie do 102 znane były stosunki z okresu przedchorobowego. 50 proc. to typy miękkie i wrażliwe, 25 proc pobudliwe, epileptoidalne, 4 przypadki należały do psychopatów nieustatkowanych (haltlose), 10 proc. przypadło na niedorozwiniętych umysłowo, mały ułamek procentowy obejmował konstytucję hipochondryczno-depresyjną, w dalszych 10 proc. przypadków przygotowała podłoże do rozwoju reakcyj nerwicowych dyspozycja nabyta, jak miażdżyca tętnic i proces przekwitania.

Wniosek Bonhöffera: „Gotowość do nerwicy powypadkowej nie jest właściwością ogólną. Założeniem jej powstania jest psychopatja."

Badania Marji Wagner objęły nietylko neurotyków (w liczbie 15), ale i ich rodziny (254 osób), autorka uwzględniła więc obciążenie dziedziczne, które wynosiło 74, 34 proc., podczas gdy u przeciętnej ludności tej samej połaci kraju obciążenie dziedziczne wynosi 32, 05 proc. Dane co do osobowości neurotyków z okresu przedchorobowego wykazują, co następuje:

1. Wybuchowy brutalny psychopata.
2. Niedorozwinięty umysłowo.

3. Niedorozwinięty umysłowo, leniwy o prymitywnem nastawieniu życiowem.
4. Niedorozwinięty umysłowo, typ kryminalny.
5. Mało uzdolniony psychopata.
6. Psychopata, alkoholik, leniwy.
7. Mało uzdolniony.
8. Niedorozwinięty umysłowo.
9. Omdlenia histeryczne.
10. Niedorozwinięty umysłowo.
11. Reakcje psychopatyczne.
12. Robi obecnie wrażenie niedorozwiniętego umysłowo.
13, 14, 15, Przypadki niejasne i niepewne.

Wniosek Marji Wagner: „Osobowość przedchorobowa neurotyków wykazuje często rysy psychopatyczne i oligofreniczne. Obciążenie dziedziczne jest wyższe niż przeciętne. Nie ulega wątpliwości, że dyspozycja dziedziczna gra ważną rolę przy powstaniu nerwicy przypadkowej".

Aschaffenburg, Riese, Kronfeld, Fränkel Eliasberg i in. nie zgadzają się na takie apodyktyczne twierdzenia. Uważają, że związki między nerwicą a psychopatą lub inną mniejszo-wartościowością są niestałe; neurotycy bowiem nie okazują bardzo często w okresie przedchorobowym »żadnych odchyleń pod względem psychologicznym lub społecznym" (Kronfeld).

Rozstrzygnięcie tego zagadnienia jest niezwykle ciężkie. Akty nie rzucają żadnego światła na okres przedchorobowy; zdani jesteśmy na zapodania badanych, którzy przemilczają wszystko to, co im się wydaje niekorzystne. Nie wiemy niczego o obciążeniu dziedzicznem badanych, o ich zachowaniu pod względem społecznym, życiu afektywnem, przebytych chorobach i t. p. Nigdy prawie nie znajdujemy się w położeniu tak dogodnem, jak Stier, który badając 35 neurotyczek po tw. wypadkach telefonicznych, miał do dyspozycji akty personalne, zawierające dokładne szczegóły o środowisku domowem, inteligencji, charakterze, stanie zdrowia przed objęciem pracy, zdolności zawodowej, przebytych chorobach zaniedbaniach służbowych, urlopach kuracyjnych, stosunkach, gospodarczych, rodzinnych i t. p.

W materjale przezemnie badanym na psychopatów przypadało 26%. Są to jednak wrażenia oparte na krótkotrwałej obserwacji, nie mają więc żadnej mocy przekonywującej.

Niepewność odnośnie do związków zachodzących między psychopatją ustrojową a stanem neurotycznym, znalazła wyraz w okólniku niemieckiego ministra pracy liczba 2636 I. b. odcinek 3. z dnia 18 kwietnia 1929: „Wysunięto liczne zastrzeżenia odnośnie do tego, czy wolno wnosić o psychopatycznem podłożu na podstawie istniejącego stanu neurotycznego. Rzeczoznawcy powinni więc w poszczególnych przypadkach, o ile jest to nieodzownie konieczne, udowodnić istnienie stanu psychopatycznego, w sposób nie ulegający żadnej wątpliwości (przesłuchując nauczycieli, duchownych, pracodawców i współpracowników). Naogół władze w motywach swoich roztrzygnięć mogą zrezygnować z wywodów rzeczoznawców, idących w tym kierunku. Krótkie, obraźliwe określenia ubezpieczonego, jako psychopaty, histeryka goniącego za rentą winny być tak z orzeczeń lekarskich jak i z decyzji władz wyeliminowane".

W mej działalności rzeczoznawczej spotykałem się często z niedostatecznie umotywowanem napiętnowaniem ubezpieczonego jako psychopaty. Wniosek ten oparty był niejednokrotnie na następującej przesłance: Doświadczenie uczy, że tak długotrwałe zaburzenia (ból głowy i tp.) spotyka się po doznanym wstrząsie mózgu tylko u psychopatów. Posuwano się jednak jeszcze dalej. Na podstawie tak „udowodnionej" psychopatji odrzucano roszczenia odszkodowawcze, przyjmując, że istotną przyczyną nerwicy, jest dyspozycja psychopatyczna a nie wypadek. Jest to zupełnie dowolna i niedopuszczalna wykładnia ustawy, „nie wymagającej wcale od pracownika, który uległ wypadkowi, aby był specjalnie zdrowym odpornym i silnym, nie można zatem pozbawić opieki ustawy ludzi słabych, nieodpornych, niedołężnych, nawet chorych i dla uszkodzeń specjalnie predestynowanych". (Szeremeta). „Obojętne jest, czy zdarzenie jest wyłączną, czy też istotnie współdziałającą przyczyną zachorowania, względnie, czy istnieje podłoże chorobowe, czy też nie (Horn). Ustawa tylko pyta, czy wypadek był istotną przyczyną nerwicy u człowieka takiego, jakim on jest, a nie u takiego, jakim on być powinien. Ubezpieczony nie musi być typem wzorcowym (standardowym). Na odmiennem stanowisku stoi ustawa szwajcarska, ale ta nas nie interesuje. Mając to na oku zrozumiemy, dlaczego niemiecki minister pracy z lekkiem sercem rezygnuje ze stwierdzenia, czy neurotyk jest psychopatą, czy też nie. Nie ma to bowiem żadnego znaczenia praktycznego i nie daje się prawie nigdy wykazać. Zresztą ubezpieczenie od wypadku

jest przymusowe, psychopaci od tego przymusu nie są wyłączeni. Skoro ich zaś ubezpieczono i pobierano od nich wkładki nie można ich pozbawić świadczeń z tytułu ubezpieczenia płynących.

Rekapitulując nasze rozważania o związku między psychopatją a nerwicą powypadkową, stwierdzamy, że aktualna nerwica nie jest sprawdzianem psychopatji. Nieliczne statystyki oparte na przypadkach, w których akty lub przeprowadzone badania specjalne pozwoliły na uchwycenie osobowości neurotyka z okresu przedchorobowego, nie pozwalają jeszcze na wnioski uogólniające.

Przejdziemy obecnie do opisu zaburzeń w sferze psychicznej i neurosomatycznej, spotykanych po wypadkach. Odróżnia się tu bezpośrednie, pierwotne skutki wypadku (Primäre Unfallfolgen — Reichard, Naegeli) i obrazy które zawdzięczają swe pochodzenie następowej obróbce psychicznej (seelische Verarbeitung) przebytego wypadku. Tylko one są reakcjami psychorodnemi, a więc nerwicami w naszem rozumieniu.

Skutki wypadku.

1). Reakcja przestrachowa. Opisaliśmy już powyżej rozliczne objawy wywołane przestrachem w sferze wegatywnej i neurosomatycznej. Zaznaczyliśmy, że reakcja przestrachowa stoi blisko zjawisk odruchowych i znajduje się na granicy między reakcją psychiczną a cielesno-biologiczną. Ponieważ szło nam wtedy tylko o oświetlenie sposobu oddziaływania sfery psychicznej na cielesną, nie wspominaliśmy wogóle o zaburzeniach psychicznych, wywołanych przestrachem. Są one ostre, epizodyczne, jak stany pomroczne, majaczenia omamy, mają charakter krótkotrwały i nie stanowią dlatego podstawy do roszczeń odszkodowawczych. Niekiedy równowaga psychiczna nie wraca tak szybko, ostra reakcja wprawdzie przemija, pozostają jednak stany dysforji, lękliwość, przygnębienie, gotowość do ponownej reakcji przestrachowej i to z przyczyn błahych, bezsenność, zrywania nocne, wzdrygania przy nieco silniejszych podnietach zmysłowych. Utrzymują się też pozostałości pierwotnych ostrych zaburzeń w sferze neuro-wegetatywnej, jak drżenie rąk, trzepotanie powiek, napadowe poty, pobudliwość naczynio-ruchowa, uderzenia krwi do głowy, zawroty głowy, silna dermografia, przyśpieszone i nieregularne tętno, biegunka lub zaparcie się stolca i częste parcie na mocz. Akcent afektywny przejścia nie przypłaszcza się szybko, wspomnienie doznanego przestrachu wraca często tak we śnie jak i na jawie i nasila czasowo relikty pierwotnej ostrej reakcji. Naogół trwa przeciągająca

się reakcja przestrachowa nie dłużej jak kilka miesięcy. Nie jest to jednak, jak sądzi Reichard i Stier, reguła bez wyjątków. Czas trwania bywa i dłuższy (przypadki opisane przez Kronfelda i Willmannsa).

Długotrwałe utrzymywanie się objawów neuro-wegetatywnych w pierwotnem, niezmiennem, ostrem nasileniu, pod postacią drżenia całego ciała, niedowładu i tp. w regule nie jest następstwem doznanego przestrachu, lecz polega na psychorodnem utrwaleniu pierwotnej reakcji przestrachowej, a raczej jej wyrazów w sferze neuro-wegetatywnej. Także przeciągająca się we formie już poronnej reakcja przestrachowa może ulec psychorodnej rozbudowie Dłuższe bowiem utrzymywanie się pewnych zaburzeń może wzniecić obawy hipochondryczne. Powstaje przekonanie, że przestrach wywołał nieuleczalną chorobę, zaczyna się dokładna auto-obserwacja zwracanie uwagi na czynności automatyczne i w konsekwencji zaburzenia w mechanizmach odruchowych. Objawy się nasilają, przykre odczuwania cielesne wzrastają, co jeszcze bardziej utrwierdza osobnika w mniemaniu, że jest istotnie ciężko chory. Rozwija się więc reakcja hipochondryczna. W innych przypadkach może nastąpić zhisteryzowanie przeciągającej się reakcji przestrachowej. Objawy ulegają utrwaleniu i służą pewnym celom. Odzwierciedlają życzenia i przechodzą w obręb histerycznych zjawisk wyrazowych. Przyczyny tej histeryzacji omówimy później. Narazie ograniczymy się do stwierdzenia, że pierwotna ostra lub przeciągająca się reakcja przestrachowa może przejść w nerwicę powypadkową. Samej przeciągającej się reakcji przestrachowej do nerwic nie zaliczamy, ponieważ w fazie tej niema mowy o psychorodnem utrwaleniu objawów, jest ona tylko wyrazem wzmożonej wrażliwości osobniczej. W literaturze przeciągająca się reakcja przestrachowa bywa jednak często określona mianem nerwicy przestrachowej (Schreckneurose).

Niekiedy doznany przestrach wywołuje trwałe zaburzenie życia psychicznego. Osobnik nie może się wyzwolić z pod wpływu wspomnień o doznanem niebezpieczeństwie życiowem. Wspomnienia te przybierają charakter przymusowy, wyrastają natychmiast w sytuacjach podobnych do tej, w której niebezpieczeństwo i przestrach zaistniały. Powstają fobje, które zmuszają do unikania takich sytyacyj i uniemożliwiają wykonywanie pracy zawodowej. Może to mieć znaczenie przy ocenie ograniczania zdolności zarobkowej. Znane są takie przypadki u murarzy, którzy nie mogą się

przezwyciężyć i po raz przebytym upadku nie wstąpią więcej na rusztowanie, u szoferów, którzy po przebytej katastrofie nie wezmą więcej kierownicy do rąk, u marynarzy, dla których zatonięcie okrętu na pełnem morzu było tak silnym urazem psychicznym, że z pod jego wpływu nie mogą się więcej otrząsnąć, u górników, którzy po katastrofie nie odważą się więcej na zjazd pod ziemię i tp. Jest to chorobliwie przesadzona normalna reakcja psychologiczna, ujęta we formę przysłowia ludowego, że człowiek raz poparzony dmucha na przedmioty zimne. Spotyka się ją niezmiernie rzadko. Wypytywani przez nas w tym kierunku starzy doświadczeni sztygarzy, nie widzieli takiej reakcji u ludności tubylczej, zamieszkałej od lat w okręgu przemysłowym, z której rekrutują się górnicy. Przebyta katastrofa kopalniana nie odwodzi ich dalszego wykonywania niebezpiecznego zawodu. Sztygarzy spotkali się jednak z tem zjawiskiem u osobników pochodzących z okręgów nieprzemysłowych byłego zaboru rosyjskiego, którzy w czasie okupacji niemieckiej napłyneli na Górny Śląsk dla zarobku. Trudno tu jednak mówić o fobjach, rynek pracy w czasie wojny był z powodu braku rąk roboczych bardzo chłonny, nic więc dziwnego, że uciekano do innych zajęć, skoro przebyta katastrofa unaoczniła niebezpieczeństwo związane z zawodem górnika.

2). Skutki wstrząsu mózgu. Stawiają one rzeczoznawcę przed bardzo ciężkim zadaniem rozpoznawczem. Pierwotnie zaburzenia, nie wskazujące wyraźnie na wypadnięcie funkcyj pewnych części mózgu, nie dające więc tzw. objawów ogniskowych, obejmowano nazwą nerwicy powstrząsowej (Commotionsneurose). Przypominały łudząco zaburzenia czysto czynnościowe i utrzymywały się całemi latami w tem samem nasileniu. Ponieważ przedmiotowo nie dawało się stwierdzić żadnych zmian, a podmiotowo odczuwane dolegliwości pokrywały się ze skargami wytaczanemi przez neurotyków, zaczęło przeważać zdanie, że zaburzenia te, są psychorodne. Był to jednak wniosek grubo przedwczesny. Doświadczenia wojenne wykazały, że ten „neurasteniczny zespół objawowy“ (Pfeifer), występuje niejednokrotnie w przypadkach, w których organiczne podłoże nie ulegało żadnej wątpliwości. Uszkodzenie tkanki mózgowej, nie pociąga za sobą zawsze i odrazu zmian psychicznych grubszego kalibru, a więc „tzw. syndromu traumatycznego, w skład którego wchodzi *amnestyczny zespół objawowy* (psychoza Korsakowa, amnesia retrograda i zaburzenia w zdolności zaburzenia) i *zespół epileptoidalny* (napady drgawek, okresowe dysfor-

je i obniżona tolerancja na napoje wyskokowe)" (Bonhöffer). Neurasteniczny zespół objawowy i brak objawów ogniskowych nie przesądza wcale czynności i psychorodności zaburzeń.

Usiłowano odróżnić wstrząsy skomplikowane uszkodzeniami tkanki mózgowej od nieskomplikowanych. Podłoże anatomiczne jest również jeszcze nie wyjaśnione. Zdaniem Kochera, na skutek zadziałania tępego urazu na czaszkę, występuje chwilowe niedokrwienie mózgu, wywołane przejściowemi zaburzeniami w krążeniu. Kocher przyznaje jednak, że wstrząs nieskomplikowany idzie niejednokrotnie w parze z rozlicznemi mikroskopijnemi kontuzjami tkanki mózgowej. Chwilowem niedokrwieniem kory mózgowej Kocher tłumaczy nieprzytomność, towarzyszącą wstrząsowi. Wedle Lewandowskiego, przy czystym nieskomplikowanym wstrząsie mózgu niema mowy o wybroczynach lub drobnych ogniskach kontuzyjnych, jest to krótkotrwałe zaburzenie czynnościowe, wywołane mechanicznem uszkodzeniem, które powstaje wskutek uderzenia lub ucisku i wyrównuje się szybko, podobnie, jak porażenie spowodowane naciągnięciem nerwu obwodowego. Friedmann w kilka lat po doznanym wstrząsie, nieskomplikowanym grubszą kontuzją tkanki mózgowej, stwierdził drobne zmiany anatomiczne w korze mózgowej. Zgadza się to też z wynikami badań Bergera i Jakoba. Przy wstrząsie więc rzekomo nieskomplikowanym, badaniem doznaniowem nie możemy nigdy wykluczyć istnienia drobnych zmian anatomicznych, a więc podłoża organicznego tzw. zespołu neurastenicznego. Jeśli stwierdzamy, wyraźny syndrom traumatyczny lub objawy ogniskowe, podłoże organiczne nie ulega wątpliwości. Nie natrafiamy też na trudności, gdy znajdujemy lukę kostną z wyczuwalnem tętnieniem mózgu, lub też, gdy w aktach zawarty jest dokładny opis rany, przebieg gojenia, czas trwania nieprzytomności i ewentualnej psychozy powstrząsowej. Liczyć się musimy tylko z psychorodną rozbudową jądra organicznego, która zawsze zajść może. W innych przypadkach stoimy przed ciężkiem zadaniem rozpoznawczem. Nie możemy się oprzeć na gołosłownem twierdzeniu Reicharda i Stiera, że objawy powstrząsowe w regule cofają się do kilku tygodni i że dłuższe ich trwanie świadczy o psychorodnem podtrzymywaniu objawów. Rzekomy bowiem wstrząs nieskomplikowany pozostawia niekiedy drobne zmiany anatomiczne, nieuchwytne naszemi metodami badania.

Punktem wyjścia jest więc obraz kliniczny, a ten najczęściej

jest zupełnie niepatognomiczny. Spotykamy się ze skargami na bole i zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy przy schylaniu omdlenia przy nagłej zmianie pozycji leżącej na stojącą, szum w uszach, bezsenność, zrywania nocne, wzmożoną pobudliwość na wrażenia zmysłowe, tak że już głos ludzki i szmery uliczne stają się przyczyną nieznośnych odczuwań. W związku z tem ludzie ci zamykają się w ścianach swego domostwa, zrywają wszelkie stosunki towarzyskie, stają się samotnikami i dziwaczeją. Łatwo się nużą, niezdolni są do wysiłków fizycznych, z trudem tylko skupiają myśli i uwagę, skarżą się na uczucie ogólnego osłabienia, roztargnienie, łatwe zapominanie, niezdolność do zrozumienia treści najprostszych książek lub artykułów dziennikarskich. Podmiotowo odczuwane dolegliwości nie mają więc nic swoistego, spotykamy je na całym obszarze nerwic i przy ustrojowej lub odczynowej neurastenji.

Przedmiotowo stwierdzamy drżenie rąk, trzepotanie powiek, zwiększoną pobudliwość mięśni, nasilone odruchy okostnowościęgniste, chwiejność tętna, które po kilku przysiadach przekracza 120 uderzeń na minutę i dopiero po dłuższym odpoczynku wraca do normy, silne i długotrwałe napływy krwi do głowy po schyleniu. Pozatem daje się stwierdzić obniżona tolerancja na napoje wyskokowe, zmniejszony opór galwaniczny skóry (Marcus) i interwał faradyczny (Löwenthal) tj. obniżony próg pobudliwości na odczuwanie bolu zadawanego pędzlem faradycznym.

Podobne zespoły objawowe spotykamy jednak w przypadkach, w których istnienie zmian organicznych nie ulega żadnej wątpliwości (towarzyszące objawy ogniskowe), jak i w reakcjach czysto psychorodnych i w neurastenji. Oświetla to jaskrawo trudności, na które natrafia rzeczoznawca, jeśli nie staje na stanowisku Reicharda i Stiera, odrzucających możliwość istnienia drobnych zmian anatomicznych, przy nieskomplikowanym wstrząsie mózgu. Przyjęcie zaś lub odrzucenie tła organicznego ma znaczenie zasadnicze, dla oceny słuszności roszczeń odszkodowawczych, wysuwanych przez ubezpieczonych. Na specjalnej konferencji zwołanej przez niemieckiego ministra pracy (6 — 8. III. 1929.)wszyscy prawie referenci zwrócili uwagę na tę olbrzymią trudność rozpoznawczą i zgodni byli w tem, że krótkotrwałość objawów po tzw. nieskomplikowanym wstrząsie mózgu nie jest aksjomatem, nie można bowiem stanowczo wykluczyć drobnych zmian organicznych. Długotrwała więc tzw. nerwica powstrząsowa nie zawsze jest reakcją psychorodną.

Mając do czynienia z podobnym zespołem objawowym w pierwszym rzędzie staramy się stwierdzić, czy wstrząs mózgu wogóle miał miejsce. Zasięgamy więc dokładnych informacyj, czy uszkodzony po urazie był nieprzytomny, czy nieprzytomność odrazu wystąpiła i jak długo trwała, czy były wymioty i zwolnione tętno, czy uszkodzony wstał i o własnych siłach udał się do domu, czy też konieczne umieszczenie go w szpitalu. Usiłujemy ustalić, jaki był wynik pierwszego badania, czy nie stwierdzono pęknięcia czaszki, porażeń nerwów mózgowych, objawów ogniskowych i tarczy zastoinowej. Pytamy, czy przeprowadzono zabieg chirurgiczny i jaki, czy zbadano płyn mózgowo-rdzeniowy na zawartość krwi, czy zauważono drgawki. Zwracamy uwagę na czas i przebieg gojenia, pytamy, czy nie było komplikacyj (ropienie). Staramy się poznać bliższe okoliczności wypadku, więc jakiem narzędziem, czy przedmiotem uszkodzony został uderzony, z jakiej wysokości upadł itp. W ten sposób możemy dojść do wniosku, czy wstrząs połączony był z poważniejszą kontuzją tkanki mózgowej, czy też nie.

Jeśli nieprzytomność była krótkotrwała i na podstawie szczegółów zawartych w aktach da się wykluczyć poważniejszą kontuzję tkanki mózgowej, przyjmujemy nieskomplikowany wstrząs mózgu, nie przesądzając przez to w sensie ujemnym istnienia drobnych anatomicznych, które się nie uwydatniają w obrazie klinicznym w sposób dla siebie swoisty. Nie opieramy się rzecz jasna na zapodaniach badanego, że był po wypadku nieprzytomny, miarodajne są tylko zeznania naocznych świadków. Niekiedy badany opisuje ze wszystkiemi szczegółami przebieg zdarzenia wypadkowego, nie wyłączając własnego zachowania się po doznanym urazie w czaszkę. Z powodu rzekomego braku amnezji jeden z lekarzy w przypadku takim wykluczył stanowczo zaistnienie wstrząsu mózgu. Uszkodzony się odwołał i został skierowany przez Wyższy Urząd Ubezpieczeń w Mysłowicach do nas do ponownego zbadania i wydania orzeczenia. Okazało się, że badany na podstawie sytuacji, w której się znalazł po odzyskaniu przytomności i z opowiadań kolegów, zrekonstruował sobie przebieg całego wypadku i wynik tej rekonstrukcji przedstawił lekarzowi, jako świadome doświadczenie. Zeznania świadków wykazały, że nieprzytomność trwała 12 minut i że po urazie uszkodzony wymiotował. Wstrząs mózgu nie ulegał więc żadnej wątpliwości. Pamiętać trzeba o tem, że zeznania świadków są często stronnicze, ponieważ chcą się uszkodzonemu przysłużyć. Ustanie to po wprowadzeniu zasady, że

fałszywe zeznania zapodane w przewodzie odszkodowawczym będą ścigane karnie, podobnie jak fałszywe zeznania świadków przed sądem karnym lub cywilnym.

Stwierdziwszy, że wstrząs mózgu miał istotnie miejsc, przeprowadzamy bardzo dokładne badanie stanu nerwowego i psychicznego. Jeśli nie ujawni żadnych wyraźnych zaburzeń organicznych (objawy ogniskowe, syndrom traumatyczny), nie mamy bezwzględnie pewnych sprawdzianów przedmiotowych dla oceny. Decyduje wtedy ogólne wrażenie oparte na doświadczeniu badającego. Za genezą organiczną, a nie psychorodną lub neurasteniczną przemiawiają następujące wskaźniki:

1) Charakter bolu głowy, który występuje perjodycznie i napadowo, jest niezależny od wzruszeń, wychodzi z miejsca, na które uraz zadziałał i łagodnieje w pozycji leżącej. 2) Ciśnienie krwi w spokoju, jest w przeciwieństwie do nerwicy stosunkowo nizkie i podwyższa się przy zmianach położenia (Goldstein, Kühne). 3) Górują zaburzenia naczynioruchowe (Horn, Pfeifer, Friedmann). 4) Ważna jest zmiana zachowania uszkodzonego, w szczególności nadwrażliwość zmysłowa, o ile jest tak silna, że zmusza uszkodzonego do zmiany trybu życia, unikania towarzystwa itp. 5) Często stwierdza się podwyższone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego (Förster, Hauptmann). Wymienione cechy nie posiadają jednak bezwzględnie pewnej wartości rozpoznawczej.

Przeciwko szablonowemu zaliczaniu wszystkich nerwic powstrząsowych do reakcyj psychorodnych przemiawiają wyniki badań Schwaba. Wykazał, że u uszkodzonych, którzy poddani byli działaniu tępego i niezbyt silnego urazu w czaszkę, stwierdza się zmiany w obrazie encefalograficznym jak: 1) Komory boczne nie wypełniają się powictrzem wprowadzonem drogą wśródlędźwiową. 2. Rozszerzenie obu komor lub rozszerzenie i pozaciąganie komory po stronie na którą zadziałał uraz. 3) Nadmierne nagromadzenie się powietrza nad sklepieniem mózgu, przy wypełnieniu lub braku wypełnienia powietrzem komór bocznych, Dalszą metodą pomocniczą jest badanie resorpcji i drożności płynu mózgowo rdzeniowego (Liquorpassage) za pomocą fenolsulfoftaleiny lub jodkusodowego. Drożność badamy w ten sposób, że wstrzykujemy 2 ctm, 10%-wego roztworu jodkusodowego drogą wśródlędźwiową lub dokomorową i badamy czas, po którym barwik się pojawia w płynie komorowym lub worku lędźwiowym. (wstrzykując do worka lędźwiowego badamy płyn komorowy na zawartość barwika i naodwrót).

Jest to metoda uzupełniająca encefalografję, niekiedy bowiem powietrze nie dostaje się już do komory, barwik zaś jeszcze się przedostaje. Förster nazywa to względnem zamknięciem komory, w przeciwstawieniu do zamknięcia bezwzględnego, przy którem i barwik już nie przenika. Badanie resorpcji przeprowadza się w ten sposób, że mierzy się czas między zastrzykiem wśródlędźwiowym, a pojawieniem się barwika w moczu. Naogół barwik pojawia się w moczu w 1—1½ godzin po zastrzyku. Czasy dłuższe świadczą już o patologicznem zaburzeniu resorpcji, o ile wykluczymy zmiany chorobowe w aparacie krążenia i w nerkach. Zaburzone wchłanianie barwika dowodzi wadliwego przenikania barwika z płynu mózgowo-rdzeniowego do krwi.

Kombinując encefalografję z badaniem drożności i resorpcji płynu mózgowo-rdzeniowego, możemy wyciągnąć ważne wniosk rozpoznawcze. Jeśli przy dolędźwiowem doprowadzeniu powietrza stwierdzimy wodogłowie wewnętrzne, wykluczony jest „Hydrocephalus". Gdy w tym przypadku wydzielanie jodu z moczem jest normalne, możemy przyjąć „Hydrocephalus hypersecretorius". Przy opóźnionem lub zniesionem wydzielaniu jodu jesteśmy uprawnieni do rozpoznania „Hydrocephalus aresorptivus". Gdy metodą encefalograficzną stwierdzimy nadmierne nagromadzenie się powietrza nad sklepieniem mózgu, świadczy to o procesie zanikowym (płyn gromadzi się ex vacuo), zachowanie się zaś resorpcji jodu wykazuje, czy przyczyna tego nagromadzenia się płynu (zastąpionego przy encefalografji powietrzem) wywołana jest wzmożonem wydzielaniem, czy też zaburzeniem w wymianie substancyj między płynem a krwią. Badanie zaś drożności jodowej pozwala na zorjentowanie się, czy przy braku wypełnienia komór powietrzem zachodzi tylko częściowy, czy zupełny brak drożności między systemem komorowym a lędźwiową przestrzenią podpajęczynową.

Po zastosowaniu tych badań u osobników, którzy doznali niezbyt silnych, tępych urazów w czaszkę, stwierdzono wyżej już wymienione zmiany w obrazie encefalograficznym, próba zaś jodowa w pewnej części tych przypadków wykazała odchylenia od normy. Mimo to przedmiotowe badanie psychjatryczne i neurologiczne wypadło zupełnie ujemnie. Na obraz kliniczny składały się tylko skargi podmiotowe, takie same, jakie spotykamy u czystych neurotyków, a więc na ból głowy, zawroty głowy przy schylaniu, wzmożona boleść czaszki przy opukiwaniu i uciskaniu, osłabioną pamięć i zdolność zapamiętywania, nużenie się przy najmniejszych

wysiłkach i obniżoną tolerancję na napoje wyskokowe. Obrazy zaś encefalograficzne przy tej rzekomej nerwicy powstrząsowej były identyczne z temi, jakie znajdujemy po silnych urazach drążących w głąb czaszki. We wszystkich badanych przypadkach odczyn Wassermanna we krwi i płynie był ujemny, nie stwierdzono żadnych odchyleń w składzie chemicznym i morfologicznym płynu. „Podstawą zaburzeń — konkluduje Schwab — były zmiany anatomiczne, nerwica powstrząsowa wypada więc z grupy czynnościowej i wchodzi w obręb encefalopatyj powstrząsowych". Przy pomocy metody Schwaba moglibyśmy w przypadkach wątpliwych odróżnić nerwice od encefalopatyj, są jednak trudności w jej zastosowaniu. Przeprowadzenie takich badań może się odbyć tylko klinice, konieczna jest zgoda uszkodzonego pozatem wykonany zabieg stać się może odskocznią do wysunięcia nowych roszczeń odszkodowawczych z powodu ujemnych dla zdrowia skutków nim rzekomo wywołanych.

Wynik badań Schwaba dowodzi niezbicie, że nawet krótkotrwały wstrząs mózgu bez widocznej kontuzji może spowodować zmiany anatomiczne w mózgu. Nie wszystkie więc podmiotowo odczuwane dolegliwości są pochodzenia psychorodnego, choć nie mamy dla nich pokrycia w przedmiotowym obrazie klinicznym. Wskazana jest więc duża ostrożność w ocenie.

Na podobne trudności natrafiamy w przypadkach uszkodzeń elektrycznych po zadziałaniu prądu przemysłowego lub elektryczności atmosferycznej. Istnieje wybitna wrażliwośc tkanki nerwowej na działanie energji elektrycznej. Najczęściej występuje rozsiane, ogniskowe uszkodzenie mózgu i rdzenia, dające różnorakie obrazy kliniczne, zbliżone do paraliżu postępującego, stwardzenia rozsianego i tp. Niekiedy występują zupełnie niecharakterystyczne zespoły objawowe, w szczególności „zaburzenia psychiczne i skargi na podmiotowo odczuwane dolegliwości, które mimo neurotycznego wyglądu są pochodzenia organicznego". (Löwenstein, Mendel). Rozgraniczenie zaburzeń czysto neurotycznych (Keraunoneurosis) od organicznych jest często „nie do przeprowadzenia". Löwenstein, Mendel).

3). Wegetatywna reakcja powypadkowa. Dokładny jej opis zawdzięczamy Reichardowi. Występuje u osobników z tzw. wegetatywną stygmatyzacją. „Są to ludzie o oczach błyszczących, niekiedy daleko wytrzeszczonych, ze skłonnością do silnego łzawienia. Objętość szyji jest często powiększona, wskutek nadmier-

nego unaczynienia tarczycy lub jej przerostu. Istnieje wzmożona dyspozycja do pocenia i tachykardji. Ręce zwyczajnie chłodne i wilgotne. Silna dermografja. Łatwo bledną i rumienią się na twarzy. Dalej stwierdza się dospozycję do wzmożonej czynności jelit, wyrażającą się nietylko w nasilonych ruchach robaczkowych i skłonności do biegunek, ale równie często w spastycznem zaparciu stolca. Sfera psychiczna wybitnie pobudliwa" (Bergmann). Są to więc osobnicy zbliżeni do B typów Jänscha. Są w zasadzie ludźmi zdrowymi (Bergmann, Jänsch), wedle zaś Reicharda uważają się tylko subjektywnie za zdrowych, w rzeczywistości są mniej sprawni, zawodzą łatwo i szybko w niekorzystnych sytuacjach i przy wzmożonych wymogach, na które reagują zaburzeniami nerwowemi. Zaburzenia te powstają nietylko reaktywnie pod wpływem czynników psychicznych (zmartwienia) i fizycznycznych (doznane uszkodzenie, zabieg chirurgiczny) ale i autochtonnie (w okresie przekwitania). Na skutek swej wegetatywnej stygmatyzacji osobnicy ci reagują bardzo silnie na doznany wypadek. Na czoło objawów wysuwa się trwale przyśpieszone tętno, zaburzenia snu i co najważniejsze, spadek na wadze, pomimo obfitego przyjmowania pokarmów. Reakcja wegetatywna jest bezpośrednim skutkiem wypadku. Powstaje bez współudziałania czynników psychicznych, może ona jednak następowo przejść w reakcję histeryczną lub hipochondryczną. W zwykłych warunkach reakcja wegetatywna trwa około trzech miesięcy. Ozdrowienie przeciąga się, jeśli wypadek miał miejsce w okresie przekwitania, reakcja jest wtedy długotrwała i ciężka.

Naegeli zalicza jeszcze do skutków wypadku tzw. fazę histeryczną. Polega na krótkotrwałych porażeniach czynnościowych, które „powstają bez współudziału życzeń uszkodzonego". Jest to sprzeczne z naszą definicją reakcji histerycznej, mamy tu raczej do czynienia z przeciągającą się reakcją przestrachową w sferze ruchowej.

Mechanizm psychologiczny nerwicy powypadkowej.

Dotychczas wymienione zespoły objawowe powstawały jako bezpośrednie skutki wypadku, bez jakiejkolwiek rozbudowy czy obróbki psychicznej zdarzenia wypadkowego. Należy im przeciwstawić właściwe nerwice powypadkowe, które są tworami psychorodnemi o różnorakim mechanizmie psychologicznym.

Przebyty wypadek wprowadza osobnika w charakterystyczną sytuację, mobilizuje pewne siły afektywne, uruchomia obawy, ży-

czenia, czy inne nastawienia afektywne, które są motywami reakcji. Osią zagadnienia jest pytanie, czy to pobudzenie sił afektywnych jest związane samym tylko wypadkiem, czy też czynne jest tu ogólne tło społeczne, dalej w jakiej mierze sprężyny afektywne zawdzięczają swe pochodzenie istnieniu ustawy ubezpieczeniowej, względnie, który z tych czynników gra rolę dominującą w patogenezie nerwicy powypadkowej. Zachodzi jeszcze możliwość istnienia wewnątrzpochodnej, gotowości do reakcji psychorodnej zupełnie nie zależnie od przebytego wypadku. Sytuacja nerwicowa była już dojrzała przedtem, motywy związane z konfliktami psychicznemi parły do ucieczki w chorobę. Wypadek jest tylko pozorem wysuwanym przed sobą samym i otoczeniem, jak usprawiedliwienie ucieczki w chorobę, jest jego zasłoną dymną przysłaniającą te konflikty, ponieważ ich ujawnienie godziłoby w system pewnych wartości, stanowiących podstawę bytowania psychicznego własnego".

Wszelkie schematyzowanie, sprowadzanie nerwicy powypadkowej tylko do działania pożądań płynących z chciwości, gwałci oczywisty stan rzeczy. Nie oddaje nawet w przybliżeniu zawiłej gry sił i tendencyj wykuwających i kształtujących nerwicę i przecina dostęp do jej psychologicznego zrozumienia.

Doniosłą rolę gra ogólnie tło społeczne, warunki życiowe szerokich rzesz robotniczych i trudności wynikłe z ciężkiej walki o byt. Nie można zamykać oczu na postępującą pauperyzację szerokich mas i w ślad za tem idące niedożywienie, wycieńczenie i wzrastającą ilość zachorzeń, odzwierciadlającą się w statystykach Kas Chorych. Nie wolno się zadowolić wygodnem tłumaczeniem, że jest to wyraz gonitwy za zasiłkiem, więc imputować zawsze i wszędzie złą wolę, a to tembardziej, że zgłoszenia chorób przypadają przeważnie na członków rodzin pracowników, gdzie kwestja zasiłku wogóle nie wchodzi w rachubę. Nie może ujść uwagi lekarzy szybkie wyczerpywanie się i starzenie się robotników, zwłaszcza tych, którzy pracują w górnictwie i hutnictwie. Proces przekwitania zaczyna się już w 40 roku życia, uderza przedwczesne posiwienie, wypadanie zębów, sucha pomarszczona skóra, zwiotczenie mięśni, zgięta i przygarbiona postać, miażdżyca tętnic, rozedma płuc i zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Na to szybkie zużywanie się robotników przemysłowych rzuca jaskrawe światło statystyka Mayera, obejmująca 3.800 robotników między 40 a 50 rokiem życia, którzy starali się o zaopa-

trzenie inwalidzkie. W grupie tej 90 proc. badanych ograniczonych było w samej zdolności zarobkowej o 50 proc. Nie byli więc uprawnieni do zaopatrzenia inwalidzkiego, sprawność ich jednak była tak upośledzona, że niezdolni byli do wykonywania świadczeń, wymaganych od przeciętnego robotnika. W związku z tem mogliby tylko w najkorzystniejszych warunkach znaleźć zajęcie, co przy dzisiejszym stanie rynku pracy, przepełnionego stale nadmiarem zdrowych rąk roboczych, jest zupełnem nieprawdopodobieństwem.

Na to szybkie zużywanie się organizmu składają się rozliczne przyczyny, nizki, niewspółmierny z fizycznym wysiłkiem zarobek i płynące stąd obniżene stopy życiowej, konieczność dostosowania tempa pracy do ciągle przyspieszanego biegu maszyn, szerokie stosowanie godzin nadliczbowych (mimo bezrobocia), system premjowy, złe warunki higieniczne miejsca pracy, zbyt krótkie przerwy w pracy, niewystarcające urlopy, fatalne stosunki mieszkaniowe i t. p.

Kreśląc podłoże społeczne nerwicy powypadkowej, nie możemy też pominąć ogólnych warunków pracy najmniej oddziałujących na psychikę robotnika. Należy tu walka o wyższą taryfę w okresach dobrej konjunktury, obawa przed redukcją i bezrobociem w czasie obecnego kryzysu i poczucie zupełnej zależności od pracodawcy. Na skutek bowiem postępującego uprzemysłowienia środki produkcyjne skupiły się w nielicznych rękach. Małe samodzielne warsztaty nległy wyparciu i zanikowi, powstała stąd konieczność dostosowania rytmu pracy nietylko do biegu maszyny, ale i do obcej woli. Dla jednostki praca zatraciła „charakter procesu kulturalnego, stwarzającego wartości, które wykraczają swą trwałością poza czasokres potrzebny do ich wykonania" (Eliasberg). Praca stała się tylko środkiem do celu, którym jest zarobek, obniżyła się więc jej „motywacja". (Eliasberg).

Ciągłość i stałość zarobkowania nie jest zagwarantowana samą chęcią do pracy, wzrastająca fala bezrobocia wyklucza z procesu produkcyjnego coraz szersze rzesze pracowników zdrowych. Tembardziej jest zagrożony byt robotników starszych, którzy nie mogą wytrzymać konkurencji z napierającym elementem zdrowym i młodym. Powstaje wskutek tego ciągła niepewność i obawa o przyszłość. Rodzą się tendencje zapewnienia sobie i rodzinie stałego, choćby najmniejszego dochodu. To zabezpieczenie stanowić może renta. Jest ona wprawdzie zasadniczo niższa od zarobku zdro-

wego robotnika, ale dostarcza pewnego punktu oparcia. Renta jest jednak zyskiem płynącym z choroby, kosztem zdrowia zdobywa się środki do życia. Choroba staje się zawodem, pozwalającym na lichą wegetację. Przy rentach 20 — 30 proc. nawet i ta wegetacja jest niemożliwa, zabezpieczenie jest raczej symboliczne, niż rzeczywiste. Wywiązuje się niekiedy wprost pęd do wypadku. Błędy przy obsługiwaniu maszyny mogą być podyktowane nieświadomem życzeniem, aby wypadek spowodować. (Scheler stosując terminologję Freuda mówi tu o Fehlhandlung). Wypadek oceniany jest jako zjawisko korzystne i zarazem niekorzystne, nęci i odstrasza. Są to wypadki naogół rzadkie, robotnik nie może bowiem przewidzieć skutków wypadku. Wykluczyć ich jednak nie można, wszak i podczas wojny rana uważana była niekiedy za zjawisko ze wszech miar pożądane, napotykano nawet na samookaleczenia.

Rzuca się w oczy każdemu nieuprzedzonemu, że neurotycy rekrutują się głównie z ludzi starszych. Najbardziej podatni są osobnicy między 40 — 50 rokiem życia, zajmowali w materjale poważną pozycję 52 proc. 20 proc. przypadało na osobników młodszych, fizycznie niedorozwiniętych, którzy przed wypadkiem nie byli zdolni do ciężkiej pracy fizycznej. Pracowali jednak pod naporem twardej konieczności, goniąc ostatkami sił. Grupa 15 proc obejmowała stany po wstrząsie mózgu bez grubszej kontuzji tkanki mózgowej. Obraz kliniczny przemawiał z przeważającem prawdopodobieństwem za tłem organicznem tej rzekomej nerwicy powstrząsowej. Przyznać jednak trzeba, że na jądro organiczne nakładały się przeważnie czynnościowe zaburzenia psychorodne. Pozostałych 13 proc. przypadało na osobników przed wypadkiem zdrowych i silnych, nie wykazujących i obecnie żadnych zmian organicznych. Zespół objawowy był u nich niewątpliwego pochodzenia psychorodnego; u korzeni reakcji stały obawy, życzenia lub inne nastawienie uczuciowe.

W grupie osobników starszych (52 proc.) uderzało wychudzenie, bladość powłok, zwiotczałość mięśni, często przedwczesna miażdżyca tętnic, rozedma płuc i zwyrodnienie mięśnia sercowego. Na te zmiany organiczne, od wypadku niezależne, nawarstwiały się psychorodne objawy nerwicowe. Spotykaliśmy więc u nich jak i też u młodocianych osobników niedorozwiniętych (typy asteniczne i dysplastyczne), cieleśnie uwarunkowaną dyspozycję do reakcyj psychorodnych, która nasilała tendencje zabezpieczeniowe, istniejące w formie mniej lub więcej świadomej, prawie u wszystkich ro-

botników, czerpiących swe dochody zależnej pracy najemnej. Praca ta podlega bowiem prawu podaży i popytu, które rządzi rynkiem pracy i nie zapewnia ciągłości i stałości zarobków.

W ten stan wrzyna się wypadek, powodując pewne uszkodzenia cielesne, które u kandydatów na neurotyków są naogół niezbyt poważne. Zaczyna się czujna obserwacja stanu zdrowia, od którego zależy byt własny i egzystencja rodziny. Powstają przesadne obawy przed skutkami wypadków w teraźniejszości i w przyszłości. Już przedtem istniejące dolegliwości, które, jeśli nie były zbyt silne, uchodziły poprostu uwagi, lub traktowane były z pewnym lekceważeniem, jako coś przejściowego, tłumaczone przemęczeniem i tp., wędrują w centralny odcinek pola świadomości. Pierwotna, optymistyczna ocena stanu zdrowia, wyraz ogólnoludzkiej tendencji do unikania przykrej prawdy, ulega zachwianiu, Rodzi się niepokój, wzrasta natężenie afektu i występuje jego oddziaływanie na sferę cielesną. Na jądro organiczne, niezależne od wypadku, nawarstwiają się zaburzenia psychorodne. Dolegliwości już dawniej odczuwane i spychane na obwód świadomości, nabierają pełnego wyrazu i odnoszone są do doznanego wypadku, bo przedtem ich rzekomo nie było. Dawne celowe przeoczanie pewnych zaburzeń ustępuje miejsca obawie przed niedopatrzeniem, należy bowiem chorobę udowodnić i wykazać, trzeba objawy chorobowe wyśledzić i odszukać w sobie, bo po ukończonym przewodzie odszkodowawczym będzie już zapóźno. Zaczyna się gromadzenle świadectw lekarskich, lekarze zawsze coś odkrywają, niezrozumiałe terminy lekarskie użyte w tych prywatnych świadectwach, podsycają jeszcze bardziej obawę, utrwalają przekonanie o poniesionej trwałej szkodzie na zdrowiu. Puszczony raz w ruch mechanizm hipochondryczny nabiera coraz większej siły rozpędowej, wszystkie myśli krążą dookoła choroby, cały krąg wyobrażeń zostaje wessany przez dominujące przeświadczenie o groźnych skutkach wypadku. Wkrótce pojawia się w grze nowy partner, świta nadzieja na odszkodowanie, budzą się życzenia, idące w tym kierunku. Ubezpieczony nakłada jeszcze bardziej jaskrawe barwy. Zachowanie nabiera nowego przydźwięku, tendencje zabezpieczeniowe, zmierzające do zdobycia stałego punktu oparcia które istniały już przed wypadkiem, stają się teraz intensywniejsze, bo istnieje nadzieja na ich zrealizowanie. Powstaje obraz mieszany. Zmiany organiczne niezależne od wypadku i reakcja hipochondryczna splatają się w nierozerwalny węzeł z reakcją histery-

czną, zachodzą na siebie, zatraca się między niemi granica. W dalszym przebiegu zaczyna przeważać nuta bojowa. W nerwicy wyżywają się corazwięcej tendencje zabezpieczeniowe. Przeciągający się długo przewód odszkodowawczy nie pozwala na przypłaszczenie się reakcji i utrzymuje ją w pełnej żywotności, wyślizguje tory, reakcja może się oddalić od swych źródeł emocjonalnych.

Tak wyglądają w rzeczywistości wyobrażenia czy życzenia pożądawcze. Nie chciwość i gonitwa za zyskiem jest motorem reakcji, lecz tendencje zabezpieczeniowe, wyrastające z pozycji społecznej robotnika. Istnienie ustawy ubezpieczeniowej wtrąca te tendencje w pewne łożysko, nadaje im określony kierunek. Krocząc drogą wsteczną od nerwicy do warunków i przyczyn jej powstania, znajdujemy ustawę ubezpieczeniową jako ogniwo pośrednie, przyczynowo zaś najważniejsze, początkowe ogniwo łańcucha przyczynowego, tkwi w ogólnych warunkach społecznych.

Wypadek jest sygnałem alarmowym, pociąga za sobą generalny przegląd stanu zdrowia, ujawnia niewydolność istniejącą już przed wypadkiem, którą wywołały ciężkie warunki życiowe. Niewydolność tę, z powodu jej poprzedniego utajenia, ubezpieczony stawia teraz w związek przyczynowy z doznanem wypadkiem. Powstają obawy hipochondryczne, rodzą się życzenia, które nie są wyrazem chciwości, lecz odbiciem tendencyj zabezpieczeniowych, wspólnych całej klasie robotniczej. Nerwica powypadkowa nie jest ucieczką przed pracą z lenistwa, lecz wywieszeniem białej chorągwi na znak poddania się, stwierdzeniem niemocy do dalszej walki o dobrobyt, która wymaga pełnego nakładu sił, zdrowia i energji.

To jest najczęściej spotykany mechanizm psychologiczny nerwicy powypadkowej. Dlatego właśnie neurotycy rekrutują się przeważnie z osobników niedorozwiniętych fizycznie lub przedwcześnie zużytych warunkami pracy. W tem leży przyczyna, dla której nerwica często nie zanika mimo odrzucenia rozszczeń rentowych. Krzyczące objawy chorobowe, demonstrowane jako rzekomy skutek wypadku, przysłaniają bowiem własną niewydolność, do której w sile wieku nikt chętnie się nie przyznaje.

Podjęcie pracy nie jest dowodem zaniku nerwicy, lecz raczej „rezygnacji“. (Hoche). Grożący głód i nędza do niej zmuszają, nikt jednak nie wgląda za kulisy i nie widzi kosztem jakiego zużycia sił żywotnych to się dzieje. Chociażby fasada nerwicowa powoli zanikała, wszystkie bowiem reakcje psychorodne z czasem

się przypłaszczają, pozostaje jądro organiczne, owa niewydolność, która jeszcze się pogłębia. W ten sposób pojęta nerwica powypadkowa jest częściowo reakcją histeryczną, zawiera bowiem w sobie pewien cel, motywy jej nie płyną ze źródeł nizkich i nieetycznych.

Naszkicowany przez nas mechanizm nie wyczerpuje całej pełni zachodzących możliwości, spotykamy nerwice odmiennie ustrukturowane. Nie jest wykluczona i czysta reakcja hipochondryczna, gdzie wyłącznym motywem reakcji jest obawa o skutki wypadku w przyszłości lub przekonanie o trwale poniesionej szkodzie na zdrowiu. Zdaniem naszem, długotrwała reakcja hipochondryczna nie powstaje bez współdziałania konstytucji hipochondryczno-depresyjnej. Ciągła obawa o stan zdrowia wpływa na nastrój, rodzi stany przygnębienia o różnem nasileniu, spotyka się więc przejścia do reakcji depresyjnej. Badani, o ile nie natrafiają na nieufność i lekceważenie, nie teatralizują i nie przesadzają. Z wynurzeń i z zachowania przebija tylko drobna troska i obawa o zdrowie. W jakiej mierze współdziała przy powstaniu reakcji hipochondrycznej potrzeba roztkliwiania się nad własnym losem i współczuwania sobie, a więc już pewna celowość, rozstrzyga analiza poszczególnych przypadków. Uderzające są wypowiedzi badanych. Gdy histeryk lub neurastenik skarży się tylko na swe przykre odczuwania, jak bole głowy, bicie serca, znużenie itp., hipochondryk podaje gotowe rozpoznanie. Używana przez hipochondryków terminologja waha się w zależności od stopnia wykształcenia i obycia z wiedzą lekarską. Repertuar jest bogaty, obok gruźlicy, wady serca i raka spotykamy się z rozmiękczeniem mózgu, rozpadem wątroby, przemieszczeniem narządów ku górze lub wdół, zagęszczeniem lub rozwodnieniem krwi, zamknięciem żył, wewnętrzną puchliną wodną itp.

Kehrer zwrócił uwagę na znaczenie „ressentimment“ w etjologji nerwicy powypadkowej. Jest to nastawienie uczuciowe zbliżone do zazdrości, nienawiści i zemsty. Powstaje jako rezultat bezsiły człowieka w stosunku do pewnych urządzeń i związań społecznych czy państwowych, które narzucają sposób i kierunek postępowania, przyjmowany z uczuciem przymusu i uważany za pogwałcenie swobody osobistej lub klasowej. To nastawienie wyładowuje się niekiedy w stosunku do Państwowej instytucji ubezpieczeniowej. „Niech płacą, skoro zmuszali mnie tak długo do płacenia wkładek. Dlaczego nie mam dłużej wypocząć? Czy mam wyzdrowieć szybko, aby znów stać się przedmiotem wyzysku ka-

pitalistycznego? Uderzę ich po kieszeni, a więc w miejsce najczulsze". Oto są motywy reakcji płynącej z ressentiment. Osobnik taki nosi niejako chorobę przed sobą, jako sztandar walki ze znienawidzonemi urządzeniami. Jest to forma zbliżona do opisanej przez Naegelego „Rachewunschneurose" występującej u uczniów obitych przez nauczyciela. Wpadają oni w nerwicę, aby ukarać nauczyciela, — „niech widzi skutki swego postępowania".

Rzecz jasna, że istnieją też nerwice powypadkowe, gdzie jedynym celem jest uzyskanie renty i chęć pasorzytowania na społeczeństwie. Spotykamy tę formę u osobników upośledzonych intelektualnie i moralnie, u psychopatów nieustatkowanych, typów ze skłonnościami przestępczemi i tp. Zasięgnięte informacje wykazują zwyczajnie bogato wypełniony rejestr kar za włóczęgostwo, żebraninę, pijaństwo, kradzież i inne przestępstwa, naogół mniejszego kalibru. Cel nerwicy prześwieca przez całe zachowanie, bije z każdego słowa i gestu. Demonstracja jest nahalnie teatralna, każdy dotyk wywiązuje gwałtowne ruchy obronne, badanie źrenic natrafia na przeszkody nie do przezwyciężenia, zbliżenie lampki elektrycznej do oka wywołuje gwałtowne trzepotanie lub skurcz powiek. Na czoło wybijają się niezdarne, groteskowe porażenia, gwałtowne porażenia, gwałtowne hyperkinezy i tp. Mimo spokojnego i uprzejmego zachowania badającego, nie obywa się bez burz afektywnych. Istnieją tu liczne przejścia do symulacji. Wytyczenie ostrej granicy jest trudne, bo reżyserja demonstrowanego obrazu wędruje często na obwód świadomości, „oszukuje bowiem najlepiej ten, który sam siebie oszukuje". (Kretschmer). Pozatem demonstrowane objawy mogą się usamodzielnić z pod władzy dyrygującej niemi woli, przechodzą w „spięcie hypobuliczne". (Kretschmer)

Niekiedy wypadek wysuwany jest przed sobą samym i otoczeniem jako usprawiedliwienie ucieczki w chorobę, podczas gdy właściwe sprężyny leżą w przejściach i konfliktach osobowości. Działać tu mogą nieznośne stosunki rodzinne, przebyty zawód erotyczny, zawiedzione ambicje na osiągnięcie wyższego stanowiska, nacisk lub szykany ze strony przełożonych, u ludności wiejskiej niemożność dostosowania się do nowych warunków życia miejskiego i tp.

Często znajdujemy u korzeni reakcji poczucie mniejszowartościowości. Wypadek służy tu jako odciążenie, walka o rentę jest gonitwą za zyskiem moralnym. Odszkodowanie jest niejako legitymacją chorobową, wystawioną przez świat zewnętrzy, potwierdzę-

niem, że nie własna niemoc tylko siła wyższa uniemożliwiła wywiązanie się z zadań, stawianych przez życie. Mniejszowartościowość odczuwana jako wina, ulega przekompensowaniu. W innych przypadkach nerwica czerpie swe soki z poczucia mniejszowartościowości, sprzężonego z nadmierną ambicją, która podżega do wyróżnienia się ze szarej masy. Wypadek i przewód odszkodowawczy staje się tu „treścią życiową (Kahn). Wysuwa się z za kulis na środek sceny. Niedostrzegany, gubiący się w szarej masie osobnik, uwydatnił się, skierował na siebie uwagę. Produkuje i podsyca objawy chorobowe, odzyskanie zdrowia byłoby bowiem zakończeniem czwartego i ostatniego aktu. Usiłuje więc przedłużyć przedstawienie, dostarcza mu treści, płacąc za przedłużenie akcji własnem zdrowiem.

U innych znów osobników samo zetknięcie się z urządzeniami prawnemi prowadzi do jednostronnego, fanatycznego stanowiska. Pozory, przemawiające za słusznością ich sprawy, urastają do rozmiaru przygniatających dowodów. Wywiązuje się zupełna niedostępność dla perswazyj, zajęte stanowisko jest niewzruszalne Gdy na skutek dowolnej interpretacji obowiązujących przepisów prawnych, powstaje w nich przekonanie, że przysługuje im odszkodowanie, nic ich z zajętego stanowiska nie zepchnie. Rozwija się bogata psychorodna produkcja objawów, obnoszona jako rzeczowy dowód, stwierdzający słuszność uroszczeń. Wchodzą w pozycję bojową. Celem walki jest nietyle renta jako zysk ekonomiczny, ile jako zysk moralny, jako potwierdzenie słuszności ich stanowiska. Po odrzuceniu uroszczeń, cała treść wyobrażeniowa może uledz wessaniu przez grupękonfliktów z instytucją ubezpieczeniową, przyjść może do wyładowania we formie urojeń pokrzywdzenia prawnego które wciąga osobnika w krąg walki ze wszystkiem i wszystkimi, walki prowadzonej poprzez wszystkie instancje urządzeń prawnych i społecznych. Naogół do tak skrajnego rozwoju reakcji nie dochodzi, chyba że współdziałała wyraźna konstytucja paranoiczna.

Wypada jeszcze naszkicować mechanizm psychologiczny nerwicy powypadkowej w ujęciu psychoanalityków. Freud, pod wpływem doświadczeń wojennych, wskazał na trudność wyjaśnienia nerwic wojennych i ich odpowiednika z okresu pokojowego, a więc nerwic powypadkowych, za pomocą teorji psychoanalitycznej, zbudowanej na analizie tzw. „Übertragungsneurosen". Nie sądzi jednak, aby słuszność miał Nonne, który twierdzi, że nerwice wojenne zadały cios mniemaniu o wyłącznie seksualnej etjologji nerwic

Zdaniem Freuda, wprowadzenie pojęcia „libido narcystycznej“, skierowanej ku własnemu ja, a nie ku osobom świata zewnętrznego, jest kluczem do rozwiązania zagadnienia nerwicy wojennej i powypadkowej, które dadzą się zaszeregować do „nerwic narcystycznych.“ Nie uważa jednak badań za ukończone, widzi tylko wiele obiecującą drogę, po której należy kroczyć powoli, opierając się na empirji. Jest mniemania, że i na tym obszarze uda się oddzielić bijący w oczy „wtórny zysk chorobowy“, jakim jest uniknięcie frontu lub renta, „od zysku pierwotnego“, idącego po linji zadowolenia chuci narcystycznej. Ferencsi nie uważa również nerwicy wojennej i powypadkowej za ucieczkę w chorobę dla aktualnej korzyści. Zdaniem jego, pierwotnym, głębszym motywem jest sama rozkosz płynąca z pozostawania w spokojnej i bezpiecznej przystani, odpowiadającej sytuacji dziecięcej, opuszczonej niechętnie przez człowieka pod naporem konieczności życiowych, więc tego położenia, w którem zaznawał błogiego spokoju i pieszczot. „Ta regresja do stanu dziecięcego spowodowana jest przestrachem“. (Meng). Przestrach jest sygnałem ochronnym zwracającym uwagę na niebezpieczeństwo, które grozi integralności cielesnej, więc przedmiotowi ukochania chuci narcystycznej. Istotnemi momentami, wywiązującemi nerwicę dziecięcą, są czynniki zagrażające nienaruszalności osoby dziecka, w szczególności jego „ja cielesnego“. Gdy w życiu późniejszem powstaje sytuacja, budząca przestrach, która spowodować może uszkodzenia ciała, występuje powtórzenie dziecięcej reakcji, a więc nerwica. (Landauer).

W szczególności mechanizm przedstawia się następująco, „Zewnętrznie niebezpieczeństwo wprawdzie mija po wypadku: pozostawiając mniejsze lub większe uszkodzenie organiczne, ale równocześnie występuje regresja do ja dziecięcego. W związku z tem dochodzą do głosu nieświadome życzenia dziecięce. Życzenia te są sprzeczne ze społecznie nastawioną instancją chorego, kłócą się z jego nad-ja, które domaga się porzucenia pożądań dziecięcego ja. Dziecięce ja broni się reakcją dziecięcą w ten sposób, że odczuwa w sposób przesadzony dolegliwości cielesne. Nieświadome mechanizmy wytwarzają histerję“. (Meng).

Natrafiamy tu na konstrukcję teoretyczną, opierającą się na nikłym stosunkowo materjale, zamało jest psychoanaliz neurotyków powypadkowych, przyznaje się sam Meng. Nie przeszkodziło to, jak widzimy w rozwinięciu koncepcyj uogólniających. Tam, gdzie Freud przypuszczał, uczniowie jego twierdzą. Stworzyli już go-

towe ramy, w które usiłują wtłoczyć wszystkie nerwice powypadkowe. Lękamy się, że w głębiach tak pojmowanej psychologji głębinowej, zatonie wszelki zdrowy sens.

Próby, zamierzające do wykazania jednolitego, wspólnego wszystkim nerwicom mechanizmu psychologicznego, naciągają stan faktyczny do zgóry powziętych koncepcyj. Nerwica powypadkowa nie jest tworem jednorodnym. Za pewnik uważać można, że gonitwa za rentą, płynąca z pobudek nizkich, nie jest generalnym motywem reakcji. W nerwicy powypadkowej używają się wprawdzie tendencje zabezpieczeniowe, nie są jednak wyrazem instynktów aspołecznych, lecz są uwarunkowane ogólnemi stosunkami społecznemi. Czasami motywy ekonomiczne wogóle nie wchodzą w grę.

Fasada zewnętrzna nerwicy powypadkowej.

Fasada zewnętrzna jest, jak wogóle w psychorodnych manifestacjach cielesnych, bardzo urozmaicona. Spotykamy zaburzenia na obszarze czuciowo-zmysłowo-ruchowym i w narządach podlegających układowi wegetatywnemu. Obrazy różnią się od zespołów organicznych, odbijają się w nich często laickie wyobrażenia o wyglądzie choroby nerwowej. Porażenia nie odpowiadają znanym skądinąd typom organicznym, przemawiają przeciwko zajęciu nerwów obwodowych, korzonków przednich, rogów przednich, dróg piramidowych i ośrodków mózgowych. Zmiany czuciowe nie pokrywają się zaburzeniami obwodowemi, korzonkowemi, wśródrdzeniowemi, sznurowemi i ośrodkowemi. Lekkie drżenie palców u rąk jest naogół bez poważniejszego znaczenia, spotykamy je niezwykle często poza nerwicą powypadkową, że wspomnimy tylko o formie neurastenicznej. rodzinnej, zawodowej, starczej i t. p., nie stanowi przeszkody w wykonywaniu pracy zarobkowej. O ile amplituda drżeń jest szeroka i nie ogranicza się tylko do palców u rąk, musimy wykluczyć pochodzenia organiczne. Przy drżeniach organicznych amplituda jest stale ta sama, nie występują objawy zmęczenia, utrzymuje się bez zmian ta sama forma i rytm drżenia, objęte są stale te same grupy mięśniowe. Drżenie czynnościowe ustaje, gdy ruchami biernemi zwalniamy napięcie w odnośnej grupie mięśniowej. Znany jest dalej fakt, że ruchy kończyny niedrżącej wpływają modyfikująco na rytm drżenia. Zaburzenie w chodzie imituje często niezborność móżdżkową. W obrazie psychorodnym spotykamy jednak cały szereg sprzeczności, które przemawiają przeciwko anatomicznym zmianom organicznym. Przy schorzeniu

móżdżka drobne pojedyńcze ruchy, obywające się bez synergji kilku grup mięśniowych, jak wyprostowanie lub zgięcie stopy, przywodzenie i odwodzenie uda, odbywają się zupełnie prawidłowo. Niezborność występuje dopiero przy ruchach tułowia, posuwaniu się naprzód, i t. p. Niezborność psychorodna rozciąga się tak na ruchy prostsze, jak i bardziej skomplikowane. Spotykamy nadmiar objawów nawzajem się wykluczających. Niezborność sznurowa pomieszana jest z móżdżkową, nie znajdujemy zaś innych objawów, któreby świadczyły o zajęciu móżdżka lub sznurów tylnych. Brak więc dysmetrji, zmniejszonego napięcia mięśniowego, zaburzeń przy próbie wskazywania (Zeigeversuch) i innych objawów patognomonicznych dla chorób móżdżkowych lub zaburzeń czucia dotyku i czucia głębokiego, które charakteryzują organiczne zmiany w sznurach tylnych. Zwyczajnie spotykamy wypadnięcie wszystkich rodzajów czucia o zupełnie bezładnej lokalizacji. Przy próbie Romberga stwierdzamy przeważnie ruchy wahadłowe w płaszczyźnie czołowej. Neurotyk nie wraca do stanu równowagi, choć go się przytrzymuje ręką. Chwianie utrzymuje się niejednokrotnie mimo kontroli wzrokowej, co więcej, nawet w pozycji siedzącej. Przemawia to rzecz jasna nietylko przeciwko niezborności organicznej ale i przeciwko zaburzeniom równowagi ciała wywołanym zmianami chorobowemi na szlaku od kanałów półkolistych poprzez nerw przedsionkowy, jądro Deitersa i przedsionkowe i wyżej dośrodkowo. Przy zaburzeniach przedsionkowych odchylenie od stanu równowagi występuje w jednym tylko kierunku, spowodowane jest bowiem systematycznym zawrotem głowy, polegającym na odczuwaniu obrotowych przesunięć między badanym a światem zewnętrznym w jednym tylko kierunku. Pozatem zawrót przedsionkowy występuje tylko w ściśle określonych warunkach, jak wylew krwawy do labiryntu lub zapalenie labiryntu, uszkodzenie nerwu przedsionkowego lub jąder (przedsionkowego i Deitersa), towarzyszy wreszcie schorzeniom móżdżka. Obok więc zawrotu głowy i spowodowanego niem zaburzenia równowagi ciała, znajdujemy inne objawy zależne od umiejscowienia uszkodzenia. Na tle zaburzeń naczynioruchowych po wstrząsie mózgu występuje również zawrót głowy. Nie jest to jednak systematyczny zawrót obrotowy, lecz zawrót polegający na rozsianem zaburzeniu odczuwań przestrzennych. Przy próbie Romberga nie zaznacza się więc odchylenie od stanu równowagi w jednym tylko kierunku. Zachowanie tych osobników jest zupełnie typowe. Otwierają

natychmiast oczy, lub starają się uchwycić jakiś punkt oparcia w przeciwieństwie do neurotyków, którzy usiłują wytrwać w pozycji chwiejącej jak najdłużej, aby ją dosadnie zademonstrować. W zaburzeniach czuciowych i ruchowych odbieganie od zespołów organicznych jest tak uderzające, że nie natrafia się na żadne trudności rozpoznawcze. Zaburzenia czuciowe są często „iatrogenne“ powstają pod wpływem nieostrożnego badania lekarskiego, które naprowadza uwagę neurotyków w tym kierunku. Nie można odmówić słuszności Reichardowi, który zaleca zaniechanie badania czucia bólu, dotyku i temperatury, o ile wynik ogólnego badania wyklucza istnienie zmian organicznych w systemie nerwowym, izolowane bowiem zajęcie sfery czuciowej jest nieprawdopodobieństwem. Jeśli się badanie czucia przeprowadza, powinno się jego wynik wyrysować w specjalnym schemacie. Badania kontrolne ujawniają później bardzo często zmiany w rozprzestrzenieniu i usadowieniu zaburzeń czuciowych. Dawniej kładziono nacisk na tzw. przedmiotowe objawy bólu, występujące przy ucisku rzekomo bolesnych blizen. Zwracano uwagę na rozszerzenie źrenic i przyspieszenie tętna (objaw Mannkopfa), które miały świadczyć o prawdziwości zapodań badanego. Objawy te mają znaczenie podrzędne, odczucie bólu może być bowiem autosugestywne, podnieta psychiczna może zastąpić cielesną. Przy zaburzeniach wzrokowych i słuchowych nie obejdziemy się bez współpracy okulisty względnie otjatry, zaburzenie psychorodne może się bowiem nawarstwić na jądro organiczne. Dla odróżnienia zmian organicznych od psychorodnych w zakresie węchu i smaku posługujemy się metodą, którą przytoczę za Reichardem. Zaburzenia węchowe są często pochodzenia organicznego, występuje np. po wdychiwaniu substancyj żrących, które niszczą nabłonek węchowy w jamie nosowej, lub po silnych urazach w tyłogłowie. W tym drugim przypadku, wskutek pęknięcia płytki sitowej (lamina cribrosa), ulegają uszkodzeniu włókna węchowe (fila olfactoria). Zaburzenie węchowe uszkodzony dostrzega natychmiast po odzyskaniu przytomności, gdy tylko zaczyna pobierać pokarmy, bardzo wiele pokarmów rozpoznajemy bowiem węchem a nie smakiem. Jeśli zaburzenie węchowe powstaje dopiero w dłuższy czas po wypadku, skłaniamy się do przyjęcia genezy psychorodnej lub symulacji. Uprzednio wykluczyć musimy przewlekły nieżyt nosa Płynie stąd wskazanie, aby szpitale notowały w historji choroby ważny szczegół rozpoznawczy, czy uszkodzony po powrocie do przytomności nie skarżył

się odrazu na nieodczuwanie smaku pokarmów. Pewne substancje lotne jak amoniak rozpoznajemy nietylko węchem ale i czuciem z błony śluzowej nosa. Jeśli więc uszkodzony nie odczuwa amoniaku mimo łzawienia, organiczne zaburzenie jest prawie wykluczone.. Szczyptę cynamonu położoną na języku rozpoznajemy, nietylko smakiem, ale i węchem. Gdy uszkodzony, przy utrzymanym węchu, nie rozpoznaje cynamonu, dopuszczalny jest wniosek, że zachodzi zaburzenie psychorodne lub symulacja.

Naogół odróżnienie zaburzeń czynnościowych od organicznych na obszarze czuciowo-zmysłowo-ruchowym specjalnych trudności nie nastręcza. Wyłaniają się wtedy, gdy zaburzenia psychorodne, a więc czynnościowe nawarstwiają się na jądro organiczne, lub jeśli występuje psychorodne zaatakowanie preformowanych mechanizmów mózgowo-rdzeniowych np. aparatu striarnego. Tylko dokładna analiza manifestacyj cielesnych i struktury psychologicznej reakcji pozwoli na opanowanie i rozpoznawcze wyświetlenie tych przypadków. Niekiedy na podłożu psychorodnem wyrastają następowe zaburzenia organiczne, jak usztywnienia stawów z powodu ich długotrwałego unieruchomienia, lub zmiany troficzne w skórze, mięśniach i kościach. (atrofia Sudecka).

Wyniki badań Bergmanna wykazały, że wskazana jest szczególna ostrożność w rozpoznawaniu nerwicy narządów wewnętrznych. Kryją się za nią bardzo często zmiany organiczne. Nie obejdziemy się dlatego w przypadkach nerwic narządowych bez pomocy internisty i rentgenologa.

W przeważnej ilości przypadków nie spotykamy porażeń, hyperkinez i zaburzeń czuciowych lub zmysłowych. Nerwice powypadkowe przebiegają pod postacią neurasteniczną. Mimo to są pochodzenia psychorodnego, ponieważ fasada zewnętrzna nie przesądza przynależności klinicznej. Tylko dokładny rozbiór całości obrazu rozstrzyga o tem, czy objawy są pochodzenia neurastenicznego, histerycznego lub hipochondrycznego (Gaup, Bumke).

W tej postaci objawy zewnętrzne są mniej alarmujące. Przedmiotowo znajdujemy: Trzepotanie powiek, lekkie drżenie palców u rąk, nasilenie odruchów okostnowo-ścięgnistych, zwiększoną mechaniczną pobudliwość mięśniową, przyśpieszone i czasem niemiarowe tętno (pamiętać należy o fizjologicznem przyśpieszeniu akcji serca przy wdechu i zwolnieniu przy wydechu), skórę zwilżoną potem, dermografję czerwoną, rzadziej białą, długotrwałe przekrwienie twarzy po nachyleniu głowy wdół, chłodne kończyny i boles-

ność przy opukiwaniu czaszki. Pozatem pewne zmiany organiczne w narządach wewnętrznych, które są od wypadku niezależne (patrz str. 66). W przeciwieństwie do nikłych wyników badania przedmiotowego, bogata jest lista skarg na podmiotowo odczuwane dolegliwości. Badani skarżą się na bole i zawroty głowy, tętnienie w skroniach, ciągnące bole w kręgosłupie, szum i trzaski w uszach, światełka i iskierki przed oczyma, ogólne osłabienie, bezsenność, drażliwość, niemożliwość skupienia uwagi, zanik pamięci i zdolności zapamiętywania, przykre sensacje odczuwane w narządach wewnętrznych, więc bicie serca, ciężki oddech, gniecenie w dołku podsercowym, zaparcie stolca lub biegunka, czasami impotentia. Na trudności w oddzieleniu tych stanów od równie nieokreślonych objawów cerebropatji powstrząsowej, wskazaliśmy już przedtem.

Nastrój naogół przygnębiony, głowa zwieszona, mina zbolała, mowa powolna, często przerywana westchnieniami. Badani dają wyraz przekonaniu o nieuleczalności swej choroby i proszą o uwzględnienie ciężkiego położenia, w którem się znaleźli. Czujnie obserwują mimikę i zachowanie lekarza. Poddają się chętnie zaleceniom, wypływającym z toku badania i przepraszają za swą niezdarność w wykonywaniu poleceń. Niekiedy są drażliwi, na niewinne uwagi badającego reagują płaczem lub gniewem. Drażliwość ta jest czasem wyrazem sztucznego śrubowania afektu. W innych przypadkach spotykamy znów przesadę, patos i teatralność lub wręcz nastawienie bojowe.

Spokojny przebieg badania jest zagwarantowany, o ile lekarz zachowuje się taktownie, wysłuchuje cierpliwie wszystkich skarg i bardzo szczegółowo bada. Abstrahujemy tu od przypadków skrajnej drażliwości badanych. Ze sposobu stawiania pytań powinien badany poznać, że lekarz przestudjował dokładnie akty, zna wszystkie szczegóły wypadku i nie zaniedbuje niczego, aby wyświetlić i sprawiedliwie ocenić jego niezdolność zarobkową. Przy takiem zachowaniu lekarza początkowa fala nieufności szybko opada, powstaje platforma dla wzajemnego zrozumienia się, badany coraz bardziej się otwiera, zwierza się ze swych zmartwień rodzinnych, trosk zawodowych, odsłania przed lekarzem obraz swego ciężkiego bytowania, sposób odżywiania, warunki mieszkaniowe, zarobkowe i tp. W ten sposób otwiera się już droga dla pewnych perswazyj i sugestyj leczniczych, rzeczoznawca ustępuje miejsca lekarzowi, badanie staje się posiedzeniem terapeutycznem. Przy takiem ustosunkowaniu się rzeczoznawcy do ubezpieczonego niema miej-

sca dla zadrażnień. Gdy zaś rzeczoznawca zabiera się do badania z uprzedzeniem i z góry widzi w każdym ubezpieczonym oszusta, a w nerwicy powypadkowej „wytwór współdziałania ustawy ubezpieczeniowej i ludzkiej chciwości" (Weiler), napewne nie obejdzie się bez zgrzytów.

Ocena nerwicy powypadkowej w przewodzie odszkodowawczym.

Dotychczasowe nasze rozważania obracały się dookoła oblicza psychologicznego i zespołu objawowego nerwicy powypadkowej. Obecnie poświęcimy uwagę stronie praktycznej i spytamy, czy nerwica powypadkowa stanowi podstawę do roszczeń odszkodowawczych, czy też nie. Zagadnienie lekarskie zazębia się tutaj z obowiązującemi przepisami ustawowemi. Lekarz rzeczoznawca współpracuje z sędzią wyrokującym, dostarcza substratu, na którym ten drugi buduje swe rozstrzygnięcia, wyciągając ustawą przewidziane wnioski praktyczne. Lekarz musi wiedzieć, czego sędzia od niego żąda, na jakie pytania domaga się odpowiedzi, aby zaś zadanie to wypełnić, powinien się zaznajomić z obowiązującemi przepisami prawnemi. Pełniąc obowiązki rzeczoznawcy na Górnym Śląsku, zapoznaliśmy się tylko z obowiązującą tam ustawą niemiecką i rozpatrywania nasze ograniczymy do ram nią zakreślonych. Poszczególne ustawodastwa mało jednak od siebie odbiegają, rozstrzygnięcia zaś zasadnicze płynące z wykładni ustawy, oparte są na wynikach badań lekarskich, i dlatego znaleść mogą wszędzie zastosowanie. Omówimy też szczegółowo pewne zasadnicze rozstrzygnięcia niemieckiego Państwowego Urzędu Ubezpieczeń już z okresu powojennego, choć nie mają u nas mocy wiążącej. Rozstrzygnięcia te polegają na dostosowaniu wykładni ustawy obowiązującej jeszcze po dziś dzień w b. zaborze pruskim, do nowoczesnego ujęcia istoty nerwicy powypadkowej, co siłą rzeczy nie pozostaje bez wpływu na naszą judykaturę.

Założeniem dla odszkodowania jest doznanie „szkody" przez osobę podlegającą ubezpieczeniu. Pojęcie „szkoda" obejmuje chorobę lub niezdolność czy też ograniczoną zdolność zarobkową. (Erwersbsunfähigkeit). Między lekarzami istnieje spór, czy nerwica powypadkowa jest chorobą. Spór ten nie obchodzi zupełnie sędziego, nie jest jego rzeczą wnikanie w sprawdziany przyrodniczo-biologiczne czy inne, stosowane przez poszczególne szkoły lekarskie. Interesuje go jedynie pytanie, czy nerwica powypadkowa jest chorobą w rozumieniu ustawy, a więc stanem, który pociąga za sobą pewne konsekwencje prawne. Definicja choroby

w rozumieniu ustawy jest od lat całych ustalona i bezsporna. Choroba zachodzi wtedy, jeśli w grę wchodzą „anormalne stany cielesne, które powodują rzeczowo uzasadnioną potrzebę postępowania leczniczego, lub niezdolność do pracy“ (Arbeitsunfähigkeit). Definjując chorobę, ustawodawca mówi o niezdolności do pracy, a nie o niezdolności zarobkowej, podstawą jednak do przyznania renty powypadkowej, jest tylko niezdolność zarobkowa (Knoll). Termin „anormalny stan cielesny“ nie oznacza nic szczególnego, ma tylko na celu wyłączenie tych stanów cielesnych, które mogą wystąpić w biegu normalnego rozwoju i spowodować rzeczową potrzebę leczenia lub niezdolność do pracy, jak np. ciąża. Pozostawimy narazie na uboczu niezdolność do pracy, jako źródła zarobkowego i ograniczymy się do tych teoretycznie możliwych przypadków, w których neurotyk wysuwa obok roszczeń odszkodowawczych także i lecznicze. Rozstrzygnięcie sędziego opiera się na osądzie lekarza, który odpowiada mu na pytanie, czy istnieje „rzeczowa potrzeba leczenia“. Jeśli odpowiedź wypada twierdząco, zachodzi choroba w rozumieniu ustawy i płynie stąd obowiązek leczenia, o ile nerwica wystąpiła po wypadku w rozumieniu ustawy (patrz str. 4) i pozostaje z nim w związku przyczynowym. (Kwestję związku przyczynowego omówimy później). Rzeczowa potrzeba leczenia zachodzi dla prawnika tylko tam, gdzie istnieje możliwość wyleczenia metodami lekarskiemi. Pewna grupa autorów jest zdania, że nerwica powypadkowa nietylko opiera się próbom leczniczym, ale ulega wprost pogorszeniu przy zastosowaniu metod lekarskich. Leczenie utrwala bowiem w ubezpieczonym mniemanie, że jest istotnie chory, podczas gdy w rzeczywistości nerwica powypadkowa nie jest wogóle chorobą nawet w sensie lekarskim, lecz odczynem na ustawę ubezpieczeniową (Entschädigungsreaktionen, Reichard). Stanowiska tego nie podzielamy, pewne formy nerwicy powypadkowej są uleczalne przy zastosowaniu odpowiedniej psychoterapji. Wyłania się tu jednak czysto prawne pytanie, kogo mają obarczać koszty leczenia, jeśli wypadek nie był istotną przyczyną nerwicy.

W praktyce spotykamy się przeważnie tylko z roszczeniami odszkodowawczemi (renta) a nie leczniczemi. Podstawę do przyznania renty stanowi zupełna lub częściowa niezdolność do zarobkowania. Niesporną jest rzeczą, że stan fizyczny, przy czystej nerwicy powypadkowej, zdolności zarobkowej przedmiotowo nie wyklucza, jest ona tylko psychorodnie, więc podmiotowo zahamowa-

na. Jeśli nawet staniemy na stanowisku, że zahamowanie to pokrywa się z ustawowo wymaganą niezdolnością zarobkową, nie stanowi to wystarczającej podstawy do przyznania renty. Koniecznym warunkiem jest jeszcze istnienie związku przyczynowego nerwicy z wypadkiem. Bez znaczenia jest zaś okoliczność, czy zahamowanie to nastąpiło bona, czy też mala fide, ocena moralna pobudek, które spowodowały nerwicę, sędziego zupełnie nie interesuje. Związek przyczynowy zachodzi dla prawnika tylko wtedy, jeśli wypadek był nietylko jedną z przyczyn współdziałających przy powstaniu nerwicy, lecz zadziałał, jako przyczyna istotna. (Wesentliche Ursache).

Ze stanowiska lekarsko-przyrodniczego dzielimy „przyczyny" na warunki i przyczyny w ściślejszem tego słowa znaczeniu. Jeśli jedno zjawisko pociąga za sobą bezwględnie i stale drugie, mówimy o związku przyczynowym tak np., gdy po przecięciu nerwu promieniowego występuje porażenie pewnej grupy mięśniowej. Przyczyna i skutek wiążą się tu organicznie. Inaczej już jest przy zapaleniu płuc. Przyczyną tego schorzenia są bakterje, znajdujące się normalnie w naszych drogach oddechowych, które działają jednak patogenicznie w specjalnych warunkach, jak przeziębienie, przemoczenie i tp. Wzajemny stosunek przyczyn do warunków uwydatnia się wyraźnie przy schorzeniach toksycznych (Hoche). Po długotrwałem nadużywaniu napojów wyskokowych, albo wogóle nie powstają żadne następstwa w sferze psychicznej, albo też rozwija się drżączka pijacka, ostra hallucynoza, czy urojenia zazdrości. Bez nadużywania alkoholu psychozy te nie byłyby powstały, mimo to alkohol nie jest czystą przyczyną, tylko warunkiem, podczas gdy inne warunki leżą w osobniczych skłonnościach danej osobowości. Przy powstaniu prawie wszystkich schorzeń natrafiamy na splot współdziałających warunków i przyczyn, przyczem używamv określenia przyczyna, jeśli jedno zjawisko jest spowodowane drugiem (durch dieses), mówimy zaś o warunku gdy jedno zjawisko nie powstałoby bez drugiego (nicht ohne dieses — Hoche).

Temi przyrodniczemi sprawdzaniami nie kieruje się sędzia. Przyjmując, że jedno zjawisko jest spowodowane drugiem, nie rozumie przez to takiego stosunku, iż wypadnięcie jednego uniemożliwia drugie, lecz wyraża tem sąd, że istnieje „wewnętrzny istotny i kształtujący stosunek" (Knoll) między zdarzeniem pierwszem a drugiem. W publikacjach lekarskich spotyka się często zwrot, że gdy-

by nie przebyty wypadek, to nerwica nie byłaby się rozwinęła. Nie ma to żadnego znaczenia dla prawnika, albowiem związek przyczynowy żądany przez ustawę nie pokrywa się „z conditio sine qua non". Jest to jednak określenie negatywne, trudniej już jest zdefinjować, co prawnik rozumie pozytywnie przez pojęcie przyczyny i który z warunków współdziałających przy powstaniu danego skutku podnosi do rangi przyczyny. Definicja dokładna, wyczerpująca wszystkie możliwe sytuacje okazała się niemożliwą; dlatego też niemiecki Państwowy Urząd Ubezpieczeń z niej zrezygnował i żąda, aby wypadek był istotną przyczyną nerwicy, nie wchodząc w to, czy istnieją przyczyny nieistotne i czy nie byłoby lepiej objąć je mianem warunków lub założeń. Przy rozstrzygnięciu, który z warunków uznać należy za przyczynę istotną, sędzia ma pozostawioną wolną rękę i kieruje się zdrowym rozsądkiem (Knol).

W Niemczech ogólne linje wytyczne postępowania zakreśla „zasadnicze" rozstrzygnięcie Państwowego Urzędu Ubezpieczeń z dnia 24. IX. 1926., przytaczane bardzo często w orzeczeniach rzeczoznawców, czynnych na Górnym Śląsku. Nie ma ono u nas mocy wiążącej, wływa jednak wydatnie na naszą judykaturę, ponieważ dostosowuje wykładnię ustawy niemieckiej, obowiązującej jeszcze i dzisiaj w b. zaborze pruskim, do nowoczesnych zapatrywań lekarskich na istotę nerwicy powypadkowej.

Rozstrzygnięcie to brzmi: „Jeśli przyczyna niezdolności zarobkowej uszkodzonego leży tylko w jego wyobrażeniach, że jest chory, lub w mniej lub więcej świadomych życzeniach, to pobudzający ten stan wypadek nie jest istotną przyczyną niezdolności zarobkowej nawet i wtedy, gdy ubezpieczony z okazji wypadku wżył się w myśl, że jest chory, lub gdy życzenia, które opanowały jego życie wyobrażeniowe, zmierzają do osiągnięcia odszkodowania powypadkowego, albo jeśli te szkodliwe wyobrażenia zostały wzmocnione skutkiem niekorzystnych wpływów, wywieranych przez przewód odszkodowawczy".

Rozstrzygnięcie to odrzuca roszczenia rentowe bez względu na to, czy reakcja nerwicowa jest histeryczna, czy też hipochondryczna, poszło więc zupełnie po linji postulatów Reicharda i Stiera. Zdaniem bowiem tych autorów długotrwałe reakcje hipochondryczne nie powstaną wogóle po wypadkach nieubezpieczonych. Bez nadziei na odszkodowanie nie rozwija się rzekomo pesymistyczna ocena własnego stanu zdrowotnego, ani przesadne obawy o ewen-

tualne skutki wypadku w przyszłości, wypadek więc nie jest istotną przyczyną reakcji hipochondrycznej. Stanowisko to natrafiło na liczne sprzeciwy (Hoche, Leppmann, Kronfeld i in.), nawet tak zasadniczy przeciwnik „wyzyskiwania" instytucyj ubezpieczeniowych jak Hauptmann, nie godzi się z tą koncepcją i uważa reakcję hipochondryczną za wystarczającą podstawę do przyznania renty. Z własnego doświadczenia znamy kilka przypadków reakcji hipochondrycznej, które cofnęły się dopiero po kilkunastumiesięcznem trwaniu, choć odszkodowanie nie wchodziło wogóle w rachubę. Reakcje te powstały po wypadkach motocyklowych i turystycznych.

Państwowy Urząd Ubezpieczeń motywuje swe rozstrzygnięcie zmianą zapatrywań lekarskich na istotę nerwicy powypadkowej, powołuje się na to, że zarzucono teorję Oppenheima, która głosiła, że nerwica powypadkowa jest „prawdziwą chorobą w sensie biologiczno-lekarkim, o pewnej grupie przedmiotowo stwierdzalnych objawów patognomicznych, będących wyrazem schorzenia systemu nerwowego ośrodkowego". Przechodząc do sprawy odszkodowania, rozstrzygnięcie to podnosi, że założeniem dla przyznania odszkodowania jest nie tylko doznanie szkody, w danym przypadku ograniczenie zdolności zarobkowej, ale szkoda ta powinna powstać przez uszkodzenie ciała (§ 555.), dla stwierdzenia zaś związku przyczynowego Państwowy Urząd Ubezpieczeń zawsze wymagał istotnego współdziałania wypadku. Taki związek przy nerwicy powypadkowej nie zachodzi. Ograniczenie zdolności zarobkowej polega tu na wyobrażeniach i życzeniach ubezpieczonego, nie zaś lekarsko-biologicznych skutkach wypadku lub przejścia wypadkowego (Unfallerlebnis) na stan fizyczny i psychiczny. Często podnosi się wprawdzie okoliczność, że ubezpieczony bez doznania wypadku nie popadłby w swój obecny stan, lub przynajmniej nie w tym czasie, lecz okoliczność ta nie wstarcza, aby ustanowić istotny związek przyczynowy między przypadkiem a uszkodzeniem. Stwierdzenie, że pewne zjawisko nie wystąpiłoby, gdyby nie było poprzedzone drugiem, jest bezprzecznie założeniem dla potwierdzenia istniejącego związku przyczynowego, nie jest jednak jedynem założeniem, przynajmniej nie dla stwierdzenia związku przyczynowego w rozumieniu ustawy. Konieczne jest bowiem współdziałanie istotne, o tem zaś przy nerwicy przypadkowej niema mowy. Przebyty wypadek jest tylko okazją zewnętrzną, która pobudza ubezpieczonego do zajmowania się myślami o odszkodowaniu. Zajmowanie się takiemi wyobrażeniami przy współudziale

życzeń, utrwala w ubezpieczonym mniemanie, że naprawdę doznał uszkodzenia. Doświadczenie jednak wykazało, że w przypadkach, w których odszkodowanie lub spełnienie innych życzeń, nie wchodzi w grę, nie powoduje takich trwałych skutów, jakie spotykamy u neurotyków uprawnionych do odszkodowania. Wynika z tego, że nie jedną, lecz istotną i jedynie miarodajną przyczyną uszkodzenia jest domniemane uprawnienie do odszkodowania i zajmowanie się myślami o odszkodowaniu, podbarwionemi odpowiedniemi życzeniami. Związek przyczynowy nie powstaje też następowo przez to, że liczne obserwacje lekarskie, rozprawy i wyroki związane z przewodem odszkodowawczym, utrwalają w ubezpieczonym myśl o odszkodowaniu i umacniają go w przekonaniu, że jest niezdolny do pracy.

To zasadnicze rozstrzygnięcie wywołało liczne nieporozumienia, które znalazły swe odbicie w piśmiennictwie lekarskiem. Zdaniem Riesego Urząd Ubezpieczeń przekroczył swe kompetencje, roztrzygnął bowiem zagadnienie czysto lekarskie i nałożył przez to rzeczoznawcy więzy, które go pozbawiają swobody w ocenie poszczególnych wypadków. Przyznać trzeba, że w ten sposób pojęli niektórzy rzeczoznawcy to rozstrzygnięcie. Pojawiły się zwroty że zdaniem Urzędu Ubezpieczeń wypadek nie jest przyczyną nerwicy, temsamem więc odpadają rozszczenia odszkodowawcze. Gdyby tak istotnie było, zadanie rzeczoznawcy ograniczałoby się tylko do rozpoznania. Tak jednak nie jest. Rzeczoznawca otrzymuje konkretne pytania od sędziego, odnośnie do istnienia lub braku związku przyczynowego między nerwicą a wypadkiem, na które powinien odpowiedzieć kierując się tylko własnem zapatrywaniem, bez oglądania się na rozstrzygnięcia sądowe i poglądy reprezentowane przez tzw. «naukę panującą». (Die herrschende Lehre, wedle nomenklatury użytej przez Urząd Ubezpieczeń). Ostateczna decyzja nie należy w obecnym stanie rzeczy do lekarza, tylko do sędziego, dla którego orzeczenie lekarza nie jest wiążące. Rzecz jasna, że obowiązkiem lekarza jest przekonywujące umotywowanie swego zapatrywania w każdym przypadku. Jeśli tak postąpi, sędzia nie będzie się mógł oprzeć wymowie naprowadzonych argumentów i nie omieszka się przychylić do zdania rzeczoznawcy, choćby odbiegało od nauki panującej. Tak samo jest zresztą pro foro, gdzie orzeczenie lekarza nie krępuje Sądu w decyzji. Zasadnicze rozstrzygnięcie Urzędu Ubezpieczeń nie wiąże również sędziego wyrokującego w niższej instancji. Nie ma znaczenia

wybiegającego poza indywidualny przypadek, który był przedmiotem rozprawy w Państwowym Urzędzie Ubezpieczeń i dostarczył sposobności do deklaracji wyjaśniającej stanowisko najwyższej instancji. Jest wyrazem jej zapatrywań, które sędzia powinien brać pod rozwagę, ale do których nie musi się przychylić w przypadkach przez się rozpatrywanych. Zastrzeżenie niektórych lekarzy niemieckich, że ich swoboda w ocenie nie ma praktycznego znaczenia, ponieważ sędziego obowiązuje rozstrzygnięcie wyższej instancji, polega na nieporozumieniu, płynącem z powierzchownego przeczytania tego zasadniczego rozstrzygnięcia, lub niezapoznania się z oryginalnym tekstem w całości, w piśmiennictwie bowiem znajduje się zazwyczaj tylko pierwszy odcinek, zawierający samo rozstrzygnięcie bez zapodania motywów. W rzeczywistości sprawa ma się odmiennie. Senat wyraźnie zaznaczył, że nie jest kompetentny do ingerencji w sprawach ściśle lekarskich. Podczas gdy w spornych kwestjach prawnych — wywodzi senat — rozstrzygnięcie senatu ma na mocy przepisów proceduralnych znaczenie wybiegające poza poszczególny przypadek, to inaczej ma się rzecz w kwestjach spornych z dziedziny lekarskiej. Rzecz jasna, że senat powołany do rozstrzygnięcia indywidualnego przypadku spornego w wyroku swym zająć musi stanowisko wobec spornych zapatrywań lekarskich, o ile zależy od nich rozstrzygnięcie, które ma zostać wydane. Lecz decyzja tu nie ma znaczenia wybiegającego poza rozstrzygnięty przypadek. Inne instancje są w swym osądzie nieskrępowane, o ile idzie o ocenę zapatrywań lekarskich. Nie ma mowy o zajęciu stanowiska przez Państwowy Urząd Ubezpieczeń wobec spornych zapatrywań szkół lekarskich. Każda instancja orzekająca może w poszczególnych przewodach zająć własne stanowisko. Z przytoczonego odcinka zasadniczego rozstrzygnięcia wynika jasno i niezbicie, że ani rzeczoznawca lekarski ani też sędzia nie podlegają skrępowaniu w swobodnej ocenie poszczególnych przypadków.

Hoche zarzuca temu rozstrzygnięciu, że wykroczyło poza dopuszczalną wykładnię obowiązującej ustawy i równa się właściwie jej zmianie. Trudno to osądzić nieprawnikowi, sfery prawnicze zapatrywania Hochego nie podzielają. Inni autorowie wyrażają obawę, że zmiany organiczne po wstrząsie mózgu podciągane będą pod jeden strychulec z nerwicami. Zastrzeżenie to w niczem nie tanguje sędziego. Rzeczą lekarza a nie sędziego jest przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego i oddzielenie encefalopatyj

powstrząsowych od nerwic. Nikt lekarza nie zmusza, do przyjęcia „niesłusznego dogmatu“ (Stern), Stiera i Reicharda, że zaburzenia po wstrząsie nieskomplikowanym ustępują do kilku miesięcy. Podobnie ma się rzecz w przypadkach, w których na organiczne skutki wypadku, nawarstwiły się zaburzenia psychorodne. Sprawiać mogą trudności rozpoznawcze lekarzowi, ale nie interesują zupełne sędziego. Nie obchodzi również sędziego kwestja moralności lub niemoralności motywów ucieczki w chorobę. Prawnicy przyznają wprawdzie, że nerwica powypadkowa nie zawsze jest wywołana życzeniami pożądawczemi i uznają inne przyczyny nerwicy, jak napór zewnętrznych warunków życiowych, ciężkie przejścia psychiczne lub konflikty przebyte w dzieciństwie. (Knoll). Kierunek życzeń jest jednak dla sędziego najzupełniej obojętny, interesuje go tylko pytanie, czy wypadek był istotną przyczyną nerwicy i na nie domaga się odpowiedzi.

Wypada obecnie nakreślić wytyczne, któremi kierowaliśmy się w praktyce orzeczniczej. W ocenie trzymaliśmy się rzecz jasna ściśle ram ustawowych, orzeczenie nie może być bowiem miejscem polemiki z ustawą ani też nie może jej korygować. Choćby rzeczoznawca uważał niektóre przepisy za twarde i niesprawiedliwe, musi się do nich zastosować, w przeciwnym bowiem razie przekracza swe kompetencje.

Nie zaliczyliśmy do nerwic skutków wypadku, a więc reakcji przestrachowej, wegetatywnej encefalopatyj powstrząsowych. Te ostatnie staraliśmy się odgraniczyć od reakcyj psychorodnych, a więc nerwic, wywiązujących się dość często po wstrząsie mózgu. U osobników starszych ze zmianami miażdżycowemi w tętnicach mózgowych, skłanialiśmy się raczej do przyjęcia encefalopatji, wychodząc z założenia, że nagłe zaburzenia w krążeniu, wywołane wstrząsem mózgu, zachwiewają tzw. urządzeniami wyrównawczemi (Ausgleichsvorrichtungen) i powodują często trwałe organiczne zmiany. Encefalopatja powstrząsowa stanowi niezaprzeczalną podstawę do potwierdzenia roszczeń odszkodowawczych, ponieważ ogranicza zdolność zarobkową i wypadek jest istotną przyczyną jej powstania. Z reakcją przestrachową i wegetatywną spotykamy się dość rzadko, kończą się bowiem do kilku tygodni i nie są wskutek tego przedmiotem przewodu udszkodowawczego. Reakcja przestrachowa może się jednak przeciągać bez współdziałania obaw, życzeń lub innych nastawień afektywnych. Doświadczenie uczy, że i tutaj krzywa afektu opada, osiągając po kilku miesiącach stan równo-

wagi. W przypadkach tych ograniczaliśmy się do przyjęcia częściowej niezdolności zarobkowej na przeciąg, co najwyżej, do jednego roku. Dłużej trwającej czystej reakcji przestrachowej nie spotkaliśmy nigdy. Jeśli obraz chorobowy się przeciągał, wchodziła w grę reakcja hipochondryczna lub histeryczna, więc następowa rozbudowa psychiczna pierwotnej reakcji przestrachowej. Kronfeld zaobserwował jednak reakcje przestrachowe przeciągające się ponad jeden rok. Stwierdzenie takiego przypadku pociąga za sobą odpowiednie konsenkwencje, wskazana jest jednak bardzo duża ostrożność. Przedłużająca się reakcja wegetatywna u osobników młodszych nie przekracza czasokresu od 6-miesięcy do jednego roku. Jeśli jednak wypadek miał miejsce w okresie przekwitania, reakcja może się przedłużyć. Wnioski płynące z takiego stanu rzeczy są jasne. Mimo współdziałania czynnika wewnątrz-pochodnego (proces przekwitania), przyjmowaliśmy wypadek za istotną przyczynę reakcji, ponieważ ustawa ubezpieczeniowa nie żąda od ubezpieczonego, aby był typem wzorowym. Temu poglądowi dawaliśmy wyraz w orzeczeniu, motywując zajęte stanowisko intencją ustawodawcy, który nie zamierzał pozbawić opieki ustawy osobników słabych i nieodpornych. Ostateczna decyzja leży w rękach sędziego, który nie musi podzielać tego zdania. Fobij nie spotkaliśmy nigdy w praktyce orzeczniczej. Stanowią „szkodę" w rozumieniu ustawy. Zdanie sfer lekarskich podzielają w tej mierze i prawnicy uważając, „że istnieje tu pośrednie, lecz dostatecznie silne połączenie z wypadkiem w linji prostej" (Knoll).

Na obszarze nerwic oddzielaliśmy reakcje histeryczne od hipochondrycznych. Jeśli motywem reakcji były jakieś życzenia ubezpieczonego, to choć wypadek je uruchamiał lub ujawniał i bez względu na kierunek życzeń i na stopień ich uświadomienia, nie uważaliśmy wypadku za istotną przyczynę powstania reakcji. Reakcje hipochondryczne uważaliśmy za podstawę do przyznania odszkodowania, podzielając zdanie tych autorów, którzy przyjmują, że wypadek, a nie istnienie ustawy ubezpieczeniowej, jest istotną przyczyną ich powstania. Doznany wypadek może bowiem pobudzić obawy o stan zdrowotny, lub przekonanie o doznanem uszkodzeniu, które hamuje zdolność zarobkową bez zezowania w stronę renty, a więc bez współdziałania myśli o odszkodowaniu. Czysta reakcja hipochondryczna jest naogół bardzo rzadka. Bywa to faza przejściowa, która ulega następowemu zhisteryzowaniu. W reakcję histeryczną, będącą wyrazem tendencyj zabezpieczeniowych, wcho-

dzą również w fazie początkowej pewne obawy hipochondryczne, które ulegają jednak szybko przejęciu przez mechanizmy histeryczne. Czysta reakcja hipochondryczna ma tendencję do przygasania Zbyt częste badania kontrolne nie są wskazane.

Takby się przedstawiały zasady ogólne, któremi kierowaliśmy się przy ocenie nerwicy powypadkowej w świeżym przewodzie odszkodowawczym. Choć więc istniało niejednokrotnie ograniczenie zdolności zarobkowej i potrzeba leczenia, nie było podstaw prawnych do zawnioskowania przyznania renty lub leczenia, ponieważ wypadek nie był istotną przyczyną nerwicy w rozumieniu ustawy. Ustawa ubezpieczeniowa w obecnej swej postaci nie rozwiązuje więc zagadnienia nerwicy powypadkowej od strony społecznej. Do sprawy tej jeszcze powrócimy.

Odmienne jest postępowanie w przewodzie rewizyjnym, gdy w grę wchodzi ograniczenie wysokości lub zupełne zamknięcie renty poprzednio już przyznanej. Przyczyną rewizji może być tylko „istotna“ zmiana w tym stanie, który był podstawą do przyznania renty. Wyłania się tu bardzo ważne pytanie, czy nerwica powypadkowa może się całemi latami utrzymywać w tem samem nasileniu. Odpowiedzieli na nie przecząco prawie wszyscy referenci na specjalnie ad hoc zwołanem posiedzeniu czołowych rzeczoznawców niemieckich (6—8. III. 1929). Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe, jeśli zważymy, że każda reakcja psychorodna z biegiem czasu przygasa. Choćby więc fasada zewnętrzna się utrzymywała, w utrzymywaniu jej współdziałają nowe czynniki. Wchodzą tu w grę: Zmienione warunki na rynku pracy, które wzbudzają w pobierającym rentę uzasadnioną obawę, że nie otrzyma pracy i straci wraz z cofnięciem renty swój jedyny punkt oparcia. Mogło uledz przesunięciu stanowisko zajmowane wobec pracy; niechęć do dawniej wykonywanej pracy realizuje się w nerwicy (Kronfeld). Czynne być mogą nowo powstałe konflikty psychiczne, które z odległym wypadkiem nie mają nic wspólnego. Pamiętać trzeba dalej o sugestywnym wpływie stale wypłacanej renty, która utrwaliła w ubezpieczonym mniemanie o doznanem uszkodzeniu. Pewne mechanizmy cielesne wyślizgnęły się i oderwały od swych źródeł emocjonalnych, zaawansowany wiek uniemożliwił już podjęcie pracy. Możliwe jest więc współdziałanie całego szeregu czynników. Pozatem obraz chorobowy jest często rzekomo tylko trwały i niezmienny. W rzeczywistości stan się poprawił i objawy pojawiają się ponownie dopiero przy kontrolnem badaniu. Istnieje

bowiem szczególna łatwość uruchomienia pewnych niezwykłych mechanizmów cielesnych, które kiedyś w przeszłości zostały uczynione. Badany ma możność zademonstrowania potrzebnych objawów, gdy sytuacja tego wymaga.

Praktyczne skutki tych niewątpliwie słusznych zapatrywań są nikłe. Zagadnienie lekarskie zazębia się tu bowiem z obowiązującemi zasadami prawnemi. Ustawa wymaga, aby rewizja nie opierała się na zmienionym osądzie (Wechsel der Beurteilung), lecz na istotnej zmianie stosunków, które były miarodajne przy przyznaniu renty. (Wesentliche Veränderung der massgeblichen Verhältnisse). Przeprowadzenie dowodu, że czynne są już inne czynniki patogenne, niż te, które były miarodajne przy przyznaniu renty, jest praktycznie prawie że niemożliwe. Nie wolno się też opierać na nowych zapatrywaniach, ujmujących odmiennie, niż przedtem, istotę nerwicy powypadkowej, bo jeśli nawet pierwsze przyznanie renty było nieusprawiedliwione, to jednak nie wystąpiła istotna zmiana stosunków, zmienił się tylko ich osąd. Skutki tego stanu rzeczy są niekiedy wprost humorystyczne w przypadkach, w których nerwicy nigdy nie było, odszkodowanie zatem przyznano mylnie. I tak w jednym z procesów rewizyjnych Stier wydał orzeczenie, że rzekomo uszkodzony tak przedtem jak i w obecnej chwili jest zdrów i nie jest w teraźniejszości ani nie był w przeszłości ograniczony w swej zdolności zarobkowej. Wyższy sąd krajowy uznał to orzeczenie za trafne, mimo to nie zgodził się na cofnięcie renty. W motywach wyroku sąd podniósł, że w zupełności zgadza się ze Stierem co do stanu faktycznego. Uszkodzony zdaniem sądu nie jest i nie był chory lub ograniczony w swej zdolności zarobkowej. Wynika z tego, że nie wystąpiła żadna istotna zmiana, nie ma więc podstawy prawnej do cofnięcia renty.

Istotna zmiana nie ulega żadnej wątpliwości tylko w dwóch przypadkach:

1). W stanie zdrowotnym uszkodzonego wystąpiła objektywnie stwierdzalna poprawa. Jest to możliwe i częste. Decyduje tu jednak nietylko obraz demonstrowany przez uszkodzonego, który ad hoc może uruchomić potrzebne mechanizmy cielesne. Konieczne są wywiady rzucające światło na jego ogólne stosunki życiowe i zawodowe. Nie wystarczy stwierdzenie, że wysokość zarobków uszkodzonego się podniosła, nie ma to wpływu na ewentualną zmianę przyznanej renty (Modliński), przedmiot ubezpieczenia sta-

nowi bowiem nie dochód z pracy, lecz zdolność zarobkowa uszkodzonego, szkoda powstaje zatem i wtedy, gdy roczny zarobek robotnika ubezpieczonego jest, mimo trwających następstw wypadku, większy niż przedtem. Kwestja ta została w Polsce uzgodniona między Zakładem Ubezpieczeń od wypadków a Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej. „W myśl tego porozumienia ustalenie szkody, poniesionej wskutek wypadku, odbywa się na podstawie stwierdzonej procentowej utraty zdolności do zarobkowania, przyczem założeniem jest przy mniejszych uszkodzeniach, iż poszkodowany częściową zdolność do zarobkowania zatrzymuje i w jej granicach zarobkuje. Założenie powyższe ściśle uzależniające wysokość szkody, która ma być wynagrodzona od stopnia utraty zdolności zarobkowania, jest jednak założeniem teoretycznem i w pewnych wypadkach odbiega od rzeczywistości. Realna szkoda poniesiona przez uszkodzonego bywa niekiedy daleko wyższa. Fakty te mają miejsce w wielu przypadkach, albowiem z powodu stałego niemal przeładowania rynku pracy, inwalidzi pracy, jako mniej produkcyjni i mający przez to zmniejszoną zdolność konkurencyjną, częstokroć skazani są na pozostawanie bez pracy, co faktyczną szkodę, poniesioną wskutek wypadku podnosi do 100%. Ponieważ ustawa nie daje możności w takich razach dostosowania renty do faktycznej szkody poniesionej przez uszkodzonego, przeto w ramach ustawy należy dążyć do możliwego zmniejszenia różnicy między przyznanem odszkodowaniem, a faktyczną szkodą, a to temwięcej, iż nie ma żadnych danych, by sądzić że nawet niewstrzymywanie renty w czasie pełnego zarobkowania może całkowicie zrekompensować wzrost szkody, spowodowanej przez zawsze możliwe pozbawienie pracy, jako pośredniego skutku wypadku. Również pod względem formalno-prawnym niema podstaw do zmiany przyznanej renty z powodu uzyskania przez uszkodzonego po wypadku zarobków takich samych, jakie miał przed wypadkiem, lub wyższych. Ustawa przewiduje jedyny wypadek zawieszenia renty, gdy pełny rencista (100%-wy) otrzymuje pracę, przyczem ustawa uzależnia to od wysokości pobieranej płacy. Z postanowienia tego a contrario wynika, że ustawa poza danym wypadkiem nie dopuszcza zawieszenia renty z powodu uzyskania pracy, nawet gdy zarobkujący rencista uzyska pełny zarobek. Powstrzymanie zatem renty z wyżej wymienionego powodu, nie stosuje się do tych, którzy częściowo utracili zdolność zarobkowania. Ratio legis tego przepisu jest wyraźna. W przypadku całkowitej niezdolności uszkodzony z re-

guły nie zarobkuje, gdy więc wyjątkowo uzyskał pracę, może nastąpić całkowite lub częciowe wstrzymanie przyznanej mu renty, ponieważ w razie utraty zarobku otrzyma rentę pełną, stanowiącą w myśl ustawy całkowite wynagrodzenie za niemożliwość zarobkowania. Nie zachodzi więc tu potrzeba dodatkowej rekompensaty za szkodę całkowitego pozbawienia pracy, co wydaje się konieczne w takich przypadkach dla osób częściowo niezdolnych do zarobkowania. Odrębne zagadnienie tworzy kwestja przyzwyczajenia, które przy drobnych uszkodzeniach może spowodować faktyczne zmniejszenie się niezdolności do pracy. W tym przypadku podstawą do zamknięcia lub zniżenia renty będzie nie wysokość zarobków uszkodzonego po wypadku, lecz oceniona przez lekarza zdolność do pracy z uwzględnieniem przyzwyczajenia" (Modliński).

Są to zasady prawne obowiązujące sędziego. Rzeczoznawca pełni jednak swe czynności w ramach obowiązującej ustawy, musi więc te zasady prawne uwzględniać, w przeciwnym bowiem razie orzeczenie jego pozbawione będzie wszelkiego praktycznego znaczenia, wnioski zaś na obniżenie lub zamknięcie renty, jako bezpodstawne, będą w regule odrzucane. Podstawę dla takich wniosków stanowi tylko objektywnie stwierdzalna poprawa stanu zdrowia lub przyzwyczajenie do skutków wypadku. Zarobkowanie jest dla sędziego obojętne, powoływanie się więc przez lekarza na wysokość zarobków, jako na sprawdzian poprawy stanu zdrowia, nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Może to być tylko wskaźnik o mniejszej lub większej mocy przekonywującej. I tak, jeśli sposób zarobkowania nie da się pomyśleć przy tym stanie zdrowia, który był podstawą do przyznania renty, świadczy to pośrednio o polepszeniu, nie jest bowiem możliwe, aby np. porażony odbywał o własnych siłach drogę do miejsca zarobkowania, lub porażoną ręką spełniał pewne czynności. Należy to jednak specjalnie w orzeczeniu podkreślić. Rzeczoznawca nie może się opierać tylko na wyniku badania, a więc na stanie demonstrowanym przez ubezpieczonego w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, lecz uwzględnić musi całokształt stosunków zawodowych, zarobkowych i tp. Przy rencie 100%-wej podjęcie jakiejkolwiek pracy zarobkowej prowadzi automatycznie do zmniejszenia lub zawieszenia renty, mimo trwającego niezmiennie stanu chorobowego. Rzecz ta jednak nie obchodzi lekarza, czyni to instytucja ubezpieczeniowa we własnym zakresie działania. Oprócz poprawy stanu zdrowotnego stanowić może przyczynę cofnięcia lub obniżenia renty przyzwyczajenie do

skutków wypadku. Tak umotywowany wniosek pokrywa się z wymogami stawianemi przez ustawę.

2). Dla prawnika zachodzi też istotna zmiana w miarodajnych stosunkach, które w przeszłości stanowiły podstawę do przyznania renty jeśli uda się z niezbitą pewnością wykazać dłuższą przerwę w ciągłości obrazu chorobowego (Knoll). Rzecz jasna, że lekarz w swojem orzeczeniu nie może się powoływać tylko na zasady prawne. Na wypadek więc zaistnienia w przeszłości dłuższego okresu wolnego do objawów chorobowych, względnie ich wydatnego złagodzenia, rzeczoznawca ogranicza się do stwierdzenia, że choć fasada zewnętrzna jest identyczna ze starą i nie jest tylko ad hoc w czasie badania demonstrowana, nie ma już mowy o związku przyczynowym z doznanym w przeszłości wypadkiem. Zachodzi tu już reakcja psychorodna na nowe sytuacje, konflikty i tp.

Wspomnieliśmy już, że jest psychologicznie nie do pomyślenia, aby reakcja psychorodna trwała całemi latami w tej samej postaci, w niezmiennem nasileniu i że w grę tu już wchodzą inne czynniki, podsycające i utrwalające obraz chorobowy. Praktycznego znaczenia to jednak nie posiada. W orzeczeniu nie można się bowiem ograniczyć do ogólnikowego stwierdzenia takiego właśnie stanu rzeczy, przekonywujące zaś umotywowanie tego zasadniczo słusznego stanowiska, jest w poszczególnych przypadkach, które są przedmiotem badania i oceny, prawie że niemożliwe. Nagłe cofnięcie renty zastarzałym neurotykom byłoby zresztą i społecznie szkodliwe, jeśli zważymy, że chodzi tu przeważnie o osobników, którzy zrośli się z myślą o swej chorobie i od szeregu lat nie pracują. Pamiętać trzeba, że w czasie przyznania renty, o ile sięga wielu lat wstęcz, panowały odmienne stosunki na rynku pracy. Zamknięcie renty nie stanowiłoby żadnego rozwiązania, ciężar utrzymania tych osobników spadłby na inne instytucje, jak charytatywne urządzenia gminne i tp. Zupełnie zaś niedopuszczalne jest cofanie renty ze względów leczniczych. Napór konieczności życiowych miałby, jak niektórzy rozumieją, neurotyków zmusić do „ucieczki w zdrowie". Stosowano wprawdzie takie „hartujące" zabiegi w czasie wojny, stwarzając neurotykom piekło na ziemi, aby ich zmusić do opuszczenia skorupy chorobowej, naogół jednak bez większego skutku. Należy wątpić, wbrew zdaniu Pansego, w uleczalność tych zastarzałych nerwic. Istniały jednak tendencje w Niemczech aby „upartym" neurotykom rentę zamknąć (oczywiście nie ze względów leczniczych, bo byłoby to prawnie niedopu-

szczalne — Knoll). Znalazło to nawet wyraz w wyroku, ferowanym przez „Reichsversorgungsgericht“ z dnia 11. maja 1928. Sprawa dotyczyła wprawdzie neurotyka wojennego, wyrok ten jednak może mieć mutatis mutandis znaczenie także dla nerwic powypadkowych. Wyrokiem tym cofnięto dalsze wypłacanie renty, mimo braku dłuższego okresu wolnego od objawów chorobowych. Sprawa nabiera specjalnego posmaku, jeśli zważymy, że ponowne badanie i rozpatrzenie roszczeń odbyło się na żądanie uszkodzonego, który domagał się podwyższenia renty. W motywach wyroku sąd opierając się na orzeczeniu Dra. N. podniósł, że powód cierpi na histerję. Histerja zaś, jako samodzielna jednostka kliniczna nie istnieje, wpływy środowiskowe lub własne przejścia mogą jedynie wyzwolić reakcje histeryczne. Przy powstaniu ich grają rolę tendencje obronne lub życzenia, jakoteż współdziała wola o ściśle określonym kierunku. Reakcja histeryczna nie jest schorzeniem postępującem, po krótkim naogół czasie objawy się cofają. Pozostaje tylko wrodzona gotowość do ponownych reakcyj histerycznych, które są jednak czemś nowem i samodzielnem, zupełnie od poprzedniej reakcji niezależnem. Stanowi to wystarczające uzasadnienie dla cofnięcia dotychczas wypłacanej renty. Rozstrzygnięcie to wywołało burzę, posypały się protesty i polemiki, wkroczył Minister Pracy i wydał wyjaśnienienie, że roztrzygnięcie to nie jest „zasadnicze“. Wyrok nie pociągnął żadnych konsekwencyj dla innych neurotyków, którym renty pozostawiono. —

Zupełnie niedopuszczalne jest cofanie już przyznanej renty z powodu zmienionego osądu. Rzeczoznawcy nie wolno motywować przy kontrolnem badaniu wniosku na cofnięcie renty nowemi zapatrywaniami na istotę nerwicy powypadkowej i powoływać się na to, że już pierwsze rozstrzygnięcie było mylne. Panuje tu zupełna zgodność zapatrywań między lekarzami a prawnikami (wyjątek stanowi Stier). Ostatnio wystąpił ostro przeciwko takiemu sposobowi postępowania Reichard, którego nie można podejrzywać o specjalne faworyzowanie neurotyków. Przeciwstawił się też temu niemiecki Minister Pracy (okólnik z dnia 13. 4. 1928.) i nie zgodził się na to, aby tak zawiły problem rozstrzygnąć wyłącznie „ze stanowiska lekarsko-naukowego“, uważa bowiem za okrutne takie postępowanie, „które najpierw uznaje nerwicę odszkodowawczą, lub nawet nerwicę wewnątrzpochodną, mylnie za skutek wypadku, a później skraca w sposób bezwzględny raz przyznaną rentę“.

Często ubezpieczeni odnoszą się do instytucji ubezpieczenio-

wej z prośbą o podwyższenie renty z powodu pogorszenia się stanu zdrowia. O ile idzie o nerwicę powypadkową, to takie następowe zaostrzenia są wykluczone. Nie zależą one zupełnie od doznanego wypadku, lecz od nowych czynników, jak utrata pracy, która nosiła tendencje zabezpieczeniowe, szkodliwe wpływy środowiskowe, nowopowstałe konflikty psychiczne i t. p., albo też odczuwane dolegliwości nie mają z nerwicą nic wspólnego, lecz spowodowane są schorzeniami cielesnemi, nabytemi po wypadku, względnie rozwijającemi się samoistnie, jako wyraz fizjologicznego zużywania się organizmu (miażdżyca tętnic, rozedma płuc, zwyrodnienie mięśnia sercowego i t. p.). Wzmożone dolegliwości ubezpieczeni odnoszą w dobrej wierze do doznanego wypadku. Utrwalają ich w tem mniemaniu prywatne świadectwa lekarskie wydawane często bezkrytycznie. Nie mają, rzecz jasna, wpływu pogarszającego na schorzenie organiczne, ale rozdmuchują istniejącą nerwicę, dostarczają jej nowego paliwa afektywnego. Tam, gdzie istotnie pogorszyły się skutki wypadku, nerwica była mylnie rozpoznana, kryły się za nią organiczne zmiany powstrząsowe lub inne. Pouczający jest w tej mierze przypadek opisany przez Monakowa, który wykazał, że za fasadą nerwicową ukrywały się przez długi czas objawy wywołane powolnie się rozwijającym glejakiem pourazowym. Ponowne dokładne badanie pozwala na skorygowanie popełnionego błędu rozpoznawczego. Płynie stąd nauka, że nie wolno się zadowalać starem rozpoznaniem, kontrolne badanie powinno być równie szczegółowe, jak to, które było podstawą do przyznania renty. Jeśli pogorszenie spowodowane jest tylko następową rozbudową obrazu neurotycznego, roszczenia są nieuzasadnione, w naturze bowiem reakcyj psychorodnych, leży ich powolne przygasanie, a nie narastanie. Gdy zaś dolegliwości wywołane są samoistnemi, niezależnie od wypadku powstałemi zmianami organicznemi, ubezpieczony starać się może o zaopatrzenie inwalidzkie.

Niekiedy ubezpieczeni dopiero w długi czas po wypadku zgłaszają poraz pierwszy swe roszczenia odszkodowawcze. Wiązanie nerwicy z wypadkiem sięgającym daleko wstecz (w jednym z moich przypadków 17 lat), byłoby oczywiście absurdalne. Na innym stanowisku stoi badacz sowiecki Rosenstein. Wedle tego autora uraz może wywołać „fizyczne, emocjonalne, nerwowe i psychiczne mikrosymptomy, które pod wpływem najrozmaitszych przyczyn, po dłuższym okresie czasu mogą zostać ujawnione....., że

traumatyzm może długi czas trwać w stanie ukajonym.“ Przypadki przez niego przytoczone nie są przekonywujące, o ile idzie o nerwice w naszem rozumieniu. Nie zaliczymy bowiem do nerwic takiego przypadku, na który między innemi Rosenstein się powołuje, gdzie w kilka lat po doznanym urazie w czaszkę stwierdzono wytrzeszcz gałek ocznych, drżenie powiek i palców, nierówną szerokość szpar powiekowych, drażliwość, stopostrząs po stronie prawej, zniesienie odruchów skórnych brzusznych i zaznaczony objaw Babińskiego. Obraz chorobowy świadczy tu o syndromie traumatycznym, który może się rozwijać powoli i dlatego uszedł uwagi badającego w początkowym okresie. Podobnie ma się przecież rzecz i z padaczką pourazową, która może powstać w kilka nawet lat po urazie (Pfeifer). Do mikrosymptomów psychicznych, które potem przechodzą w nerwicę psychorodną, odnosimy się sceptycznie, nie kwestjonujemy zaś możliwości, że nieuchwytne zrazu objawy organicznego syndromu traumatycznego w sferze psychicznej z czasem mogą się nasilić. Roszczenia odszkodowawcze są w tych przypadkach ze stanowiska lekarskiego w całej pełni uzasadnione. Nie są to jednak nerwice podobnie, jak niemi nie są niektóre „zespoły neurasteniczne“ (Pfeifer) po wstrząsie mózgu.

Sposoby zwalczania nerwicy powypadkowej.

Podstawą do roszczeń rentowych lub leczniczych jest w obecnym stanie rzeczy stwierdzenie istotnego związku przyczynowego nerwicy z wypadkiem. Wszelka myśl terapeutyczna rozbija się o te ustawą zakreślone ramy świadczeniowe. W swej obecnej postaci ustawa ubezpieczeniowa nie rozwiązuje zagadnienia nerwicy od strony społecznej; zostawia bowiem neurotyków własnemu losowi i toruje drogę do ich społecznego wykolejenia. Dawaliśmy kilkakrotnie wyraz przekonaniu, że aksjomat o nieuleczalności wszystkich nerwic powypadkowych metodami lekarskiemi jest oparty na zupełnie niesłusznych przesłankach, zakłada bowiem pożądliwość i chęć uzyskania zabezpieczenia bez pracy, jako jedyny motyw reakcji, pośrednio więc nieprzyznania renty podnosi do rangi środka leczniczego, choć nie lekarskiego. Ten pogląd symplicystyczny, będący wyrazem nietyle rzeczowego, ile afektywnego nastawienia, głoszony często z tupetem i rozgłosem, przygłuszył nieliczne głosy ostrzegawcze. Akty nerwicy powypadkowej zamknięto; dalsze roztaczanie tego problemu uważane jest wprost za „nieprzyzwoitość“, jak ironicznie zauważył Kleist, w jednym ze swoich od-

czytów. Uśpiono sumienie społeczne, głosząc na łamach prasy, nietylko lekarskiej, ale i codziennej zapatrywanie o chorobie z własnej winy. Rzeczoznawca spełniający swe funkcje w ramach obowiązującej ustawy zepchnął w cień lekarza. Neurotyk stał się tylko pretendentem do renty, a więc przedmiotem zainteresowania rozpoznawczego, rozpatrywanego pod kątem istnienia lub braku związku przyczynowego nerwicy z wypadkiem. Sprawa brała ustawą przepisany bieg. W trybach maszyny prawno-administracyjnej gubił się na czas przewodu odszkodowawczego chory człowiek, aby po przejściu przez wszystkie kółka znaleźć się tam, skąd wyszedł tj. w społeczeństwie. Kończył się ustawą przewidziany i nakazany etap, wyczerpywało się zainteresowanie prawne, wyrosło jednak żywe zagadnienie społeczne. Odrzucenie roszczeń rentowych i leczniczych nie działało wcale uzdrawiająco. Od 7-miu lat stosowane jest w Niemczech z całą surowością zasadnicze rozstrzygnięcie Państwowego Urzędu Ubezpieczeń, bowiem pozostawiono swobodę w ocenie tak rzeczoznawcy jak i niższym instancjom wyrokującym, w praktyce z niej mało korzystano. Wyrok Najwyższej instancji stworzył wygodną zasłonę i odciążył własne sumienie. Mimo to liczba nerwic się nie zmniejszyła, ani też czas choroby nie uległ skróceniu. Stwierdza to Enke, a więc autor, który domaga się rygorystycznego stosowania zasadniczego rozstrzygnięcia, jako zgodnego z wynikami panującej nauki lekarskiej. Pod naporem konieczności życiowych neurotycy podejmowali pracę, znikała najbardziej krzycząca fasada, nie był to jednak skutek wyzdrowienia, tylko rezygnacji. Fakty mają swoją wymowę, nie zagłuszy ich żadna nauka panująca, zgadzamy się z nią jednak o tyle, że środkami tylko lekarskiemi przeważnie nerwicy powypadkowej nie usuniemy. Odrzucamy natomiast wszelkie generalizowanie, wszak za fasadą nerwicy powypadkowej kryją się w pewnej grupie przypadków głębokie, nieuświadomione konflikty poczucia mniejwartościowości i t. p. Wypadek jest tutaj niejako dogodnym pozorem do ucieczki w chorobę, usprawiedliwia ją przed własnem „ja" i przed otoczenniem. Tak ustrukturowana nerwica powypadkowa nie różni się zupełnie od zwykłej nerwicy i jest podatna dla psychoterapji. Co więcej, nihilizm terapeutyczny jest nieusprawiedliwiony nawet w nerwicach, będących wyrazem tendencyj zabezpieczeniowych. Tej nerwicy wprawdzie radykalnie środkami tylko lekarskiemi usunąć nie potrafimy, możliwe jest jednak, jak mnie własne doświadczenie pouczyło, daleko idące złagodzenie objawów

chorobowych. Ustawa ubezpieczeniowa nie wyhodowała nerwic tego typu, pobudziła ona wprawdzie życzenia i pchnęła je w pewne łożysko, korzenie jednak tych reakcyj tkwią w ogólnych wawarunkach społecznych, zwalczanie ich musi się więc pokrywać z zapobieganiem. Nie wolno zamykać oczu na fakt, że nerwica grupuje się przeważnie dookoła jądra organicznego, na który składają się organiczne zmiany chorobowe, wywołane przedwczesnem zużyciem się organizmu, podkopywanego złemi warunkami zarobkowemi, mieszkaniowemi, odżywczemi i niehigjeniczną organizacją pracy, nie liczącą się z granicami wytrzymałości fizycznej i psychicznej robotnika. Główną przyczyną ucieczki w chorobę jest w pierwszym rzędzie niezdolność do podołania zbyt ciężkim zadaniom które przekraczają siły robotnika i czynią go przedwczesnym inwalidą. Dołącza się do tego uczucie niepewności, ciągle wisząca nad robotnikiem zmora utraty pracy, która nasila tendencje zabezpieczeniowe, zwłaszcza u robotników starszych. Eliasberg podniósł jeszcze znaczenie niskiego szczebla motywacji pracy, która dla robotnika jest w obecnych warunkach tylko źródłem zarobkowania. Robotnik nie widzi jej wartości idealnej, jako podwaliny ogólnego życia społecznego, któreby zamarło bez pracy rąk roboczych, produkujących konieczne „dobra". Za słusznością stanowiska Eliasberga przemawiałyby doświadczenia wojenne. Ze statystyki Wagner-Jauregga, który obliczył udział procentowy żołnierzy poszczególnych narodowości b. Austrjl w ogólnej ilości nerwic wojennych, wynika, że Włosi, Rumuni, Czesi, Słowianie Południowi i inni Słowianie częściej zapadali na nerwicę wojenną, niż Niemcy i Węgrzy. Trudno tu mówić o wyższości rasowej Niemców i Węgrów, dowodzi to raczej mniejszego zapału wojennego, niższego stopnia zainteresowania innych narodowości dla zwycięskiego wyniku wojny, słowem niższej motywacji. Nizkiej motywacji pracy nie można jednak traktować w sposób oderwany, jest ona związana ze stopniem uspołecznienia jednostki, który się kształtuje pod wpływem i w zależności od ogólnych warunków społecznych.

Po uwzględnieniu całokształtu przyczyn składających się na powstanie nerwicy powypadkowej zrozumiemy, że nie potrafimy jej zwalczyć, jako zjawiska indywidualnego i społecznego, generalnem odrzucaniem roszczeń odszkodowawczych i leczniczych, tkwi bowiem korzeniami w ogólnych stosunkach społecznych. Konieczne są więc odmienne formy postępowania:

1) Główny wysiłek iść powinien w kierunku zapobiegawczym.

Nieodzownym do tego warunkiem są reformy społeczne, mające na celu poprawę ogólnych warunków życiowych, zawodowych i zarobkowych rzesz robotniczych. Usunięta być musi groza ciągle niepewnego jutra, która rodzi tendencje zabezpieczeniowe. Podania konkretnych projektów reformy wykracza poza ramy niniejszej pracy, krzyżuje się tu bowiem zbyt wiele czynników ustrojowo-politycznych, ekonomicznych, socjologicznych i t. p. iżbyśmy je mogli objąć, nie posiadając specjalnego do tego przygotowania.

2) Bezwzględnie wskazana jest reorganizacja pracy w zakładach przemysłowych. Jest zupełnie niedopuszczalne, aby decydowały tylko względy na rentowość przedsiębiorstwa. Wszelkie próby zmierzające do zwiększenia wydajności i upłynnienia pracy, liczyć się muszą z granicami wytrzymałości fizycznej i psychicznej robotników i nie powinny doprowadzać do przedwczesnego zużycia się ich organizmu. Zastosować należy środki ochronne, któreby uniemożliwiły, lub przynajmniej wydatnie ograniczyły ilość wypadków, konieczna jest wreszcie dbałość o higjeniczne pomieszczenie warsztatów pracy.

3). Ustawa ubezpieczeniowa w obecnej swej postaci nie rozwiązuje zagadnienia nerwicy powypadkowej od strony społecznej. Neurotycy z odrzucanemi rozszczeniami odszkodowawczemi i leczniczemi stają się ciężarem sobie, rodzinom i społeczeństwu. Brak związku przyczynowego między wypadkiem a nerwicą nie może i nie powinien odrzucać neurotyków poza nawias opieki społecznej, w szczególności zagwarantowane być musi prawo do leczenia. Tam, gdzie wyleczenie środkami tylko lekarskiemi jest niemożliwe, współdziałać powinny specjalnie do tego stworzone instytucje. Uporczywość objawów neurotycznych jest wyrazem niezdolności do podjęcia pracy zarobkowej w starych warunkach, wymagających pełnego nakładu sił zdrowia. Przyczyną tej niezdolności są przeważnie schorzenia organiczne od wypadku niezależne, które jednak nie uniemożliwiają pracy lżejszej. (Abstrahujemy tu od przypadków pełnego inwalidztwa, które mają prawo do zaopatrzenia po myśli § 1255. ustawy ubezpieczeniowej.) Specjalnie do tego powołane instytucje powinny neurotyków wyszkolić i przysposobić do nowego zawodu, któremu potrafią podołać.

4). Nerwica wylęga się przeważnie tuż po wypadku. Reakcja przestrachowa i wegetatywna i związane z niemi niezwykłe odczuwania cielesne, dostarczają bardzo często tworzywa, które ulega następowo rozbudowie neurotycznej. Płynie stąd nakaz, aby uszko-

dzonych otoczyć w tym okresie szczególnie dobrą opieką i oddziaływać od pierwszej chwili psychoterapeutycznie, rozwiewając przesadne obawy co do skutków wypadku, wskazując na przejściowość objawów i tp. Nie wolno się tylko ograniczać do zakładania opatrunków na uszkodzenia cielesne i do leczenia czysto somatycznego, jak to przeważnie ma miejsce. W skład personelu większych szpitali, znajdujących się w okręgach przemysłowych, wchodzić powinien lekarz wyszkolony w neurologji i psychjatrji, bo tylko w ten sposób zagwarantowane będzie skuteczne oddziaływanie psychoterapeutyczne. Umożliwi to pozatem od pierwszej chwili badanie i obserwację w przypadkach uszkodzenia czaszki z wstrząsem mózgu, pozwoli na uchwycenie tych objawów organicznych, które potem się cofają, nie pozostawiając objektywnie stwierdzalnych następstw.

5). Funkcje rzeczoznawców w zakresie neurologji i psychjatrji spełniać mogą tylko ci lekarze, którzy przedłożą dowody gruntownego wyszkolenia w obu tych działach. Tam, gdzie w grę wchodzą zaburzenia nerwowe i psychiczne, orzekać powinni tylko specjaliści, nie zaś lekarze powiatowi, okręgowi i in. W przypadkach uszkodzenia czaszki, które pociągnęły za sobą konieczność wykonania zabiegu chirugicznego, orzeczenia wydają niejednokrotnie chirurdzy. Jest to zupełnie niewłaściwe, ponieważ chirurdzy ograniczają się przeważnie tylko do stwierdzenia organicznych zaburzeń cielesnych, nie zwracają zaś uwagi na sferę psychiczną. Dzieje się to z wyraźną krzywdą dla ubezpieczonych i powinno w przyszłości ustać.

6) W skład sądu wydającego decyzje w sprawach rentowych i leczniczych wchodzić powinien przynajmniej jeden lekarz, jak to ma miejsce w Ameryce, Rosji, Włoszech, Anglji i Francji.

7) Przedłużający się przewód odszkodowawczy wywiera niekorzystny wpływ na ubezpieczonych, utrzymuje ich bowiem w stanie napięcia i podsyca pewne życzenia lub obawy Należy procedurę uprościć, skrócić i ustalić terminy prekluzyjne dla zakończenia przewodu odszkodowawczego. Zbyt częste badania kontrolne działają również niekorzystnie, należy je więc w miarę możności ograniczyć.

8) Należy znieść przymus przedkładania świadectw lekarskich przez ubezpieczonych, którzy starają się o zmianę wymiaru przyznanej im renty. Naraża to ubezpieczonych na zbędne wydatki, nie stanowi zaś, jak doświadczenie uczy, żadnego hamulca. Leka-

rze wystawiający płatne, prywatne świadectwa, idą przeważnie po linji życzeń ubezpieczonych, nie znając bowiem akt, opierają się tylko na wypowiedziach badanych, którzy z reguły wszystkie odczuwane zaburzenia odnoszą do wypadku i po otrzymaniu świadectwa w tem przekonaniu się utrwalają. Rodzi to tylko rozgoryczenie w stosunku do rzeczoznawcy, który po rozważeniu całokształtu okoliczności, dochodzi do wniosków odmiennych, niż te, które są zawarte w prywatnem świadectwie lekarskiem.

9) Badania należałoby przeprowadzić nie w prywatnych, mieszkaniach lekarzy, lecz w specjalnych stacjach badawczych grupujących specjalistów z wszystkich dziedzin lekarskich i rozporządzających odpowiednią aparaturą. W ten sposób zagwarantowane będzie wszechstronne zbadanie i wyświetlenie wszystkich przypadków. Uszkodzeni w miarę potrzeby kierowani będą w krótkiej drodze do internisty, chirurga, rentgenologa, laboratorjum chemiczno-bakterjologicznego i t. d. Odpadnie potrzeba zasięgania zgody instytucji ubezpieczeniowej w każdym przypadku z osobna, co niepotrzebnie przedłuża przewód odszkodowawczy.

Piśmiennictwo.

1) Unfall — (Kriegs —) Neurose. Arbeit und Gesundheit. Zeszyt 13-ty Berlin 1929. Wydanie zbiorowe.
   a) Leppmann: Leitsätze zur Frage der s. g. Unfallneurosen.
   b) Kronfeld: Bemerkungen zur Struktur der s.g. Unfallneurosen.
   c) Jossmann: Die Unfall (Kriegs) Neurose.
   d) Stier: " " " "
   e) Hoche: " " " "
   f) Willmanns: " " " "
   h) Scholtze: Praktische Auswertung der wissenschaftlichen Ergebnisse.

2) Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin. Stuttgart 1929. Dzieło zbiorowe.
   a) Riese: Arzt un Kranker.
   b) Fränkel: Ist die Unfallneurose eine Krankheit?
   c) Landauer: Die Unfallneurose im Lichte der Psychoanalyse.
   d) Meng: Bemerkungen eines Psychoanalytikers zur Frage des Rentenentzuges.
   e) Levy-Suhl: Die Bedeutung des Krankheitsgewinns oder der Rente in Unfall und anderen Neurosen.

f) Hertha Riese: Die Unfalkneurose in ihrer Abhängigkeit von sozialen und Bevölkerungsvorgängen.
g) Rosenstein: Zur Frage der Unfallneurose.
h) Monakow: Motiviertes Obergutachten über den Gesundheitszustand des G. H. in Zürich III.

3) Bauer i Schilder: Uber einige psychophysiologische Mechanismen funktioneller Neurosen. D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde tom. 64. r. 1919.

4) Bergmann: Abbau der Organneurosen. D. med. Wochenschr. Nr. 49. r. 1927.

5) Bergmann: Funktionelle Pathologie. Berlin 1932.

6) Blum: Die Hysterie. Leipzig — Wien 1927.

7) Bonhöffer: Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Aug. Zeitschr. f. Psych. Tom. 68. r. 1911.

8) Bonhöffer: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den s. g. Unfallneurosen. D. med. Wochenschr. Nr. 5. r. 1926.

9) Braun: Psychogene Reaktionen. Bumkes Handb. der Geisteskrankh. tom. 5. Sp. Teil. I. r. 1928.

10) Brussiłowski: Die psychischen Reaktion auf das Erdbeben von Krim. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 116. r. 1928.

11) Brussiłowski: Beieinflusung der neuro-psychischen Sphäre durch das Erdbeben in Krim. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 116. r. 1928.

12) Bumke: Kriegsneurosen. Lewandowskys Handb. der Neur. Frg. Bd. część I.

13) Tenże: Die Revision der Neurosenfrage. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. tom 88. r. 1926.

14) Enke: Amtliche Ermittlungen über die Arbeitsfähigkeit von Rentenempfängern, ihr diagnostischer und gutachtlicher Wert. Zeitschr. f. d. ges. Neur, und Psych. tom 113. r. 128.

15) Eliasberg: Richtungen und Entwicklungen der Arbeitswissenschaft mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie der abhängigen Arbeit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 102. r. 1926.

16) Fränkel: Zur Psychologie des Amtsrichters. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 110. r. 1927.

17) Gaupp: Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 34. r, 1916.

18) Hauptmann: Krieg der Unfalls-Hysterie. D. Zeitchr. f. Nervenheilk. tom. 88. r. 1926.

19) Hic: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den s. g. Unfallneurosen D. med. Wochenschr. N. 5. r. 1926.

20) Hoche: Unzulässige Auslegung des Unfallversicherungsgesetzes. D. med. Wochenschr. Nr. 29. r. 1928.

21) Jaspers: Allgemeine Psychopatologie. Berlin r. 1923.

22) Kleist: Zur Entschädigungsfrage bei den s. g. Unfallneurosen. Klin. Wochenschr. Nr. 28. r. 1927.

23) Kraepelin: Über die Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 18. r. 1913.

24) Kretschmer: Die Willensapparate des Hysterischen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 54. r. 1920.

25) Tenże: Hysteriche Erkrankung und hysteriche Gewöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 37. r. 1917.

26) Tenże: Die Gesetze der willkürlichen Refleksverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie und Simulationsproblem. Zeitschr. f. d. ges, Neur. und Psych. tom 76. r. 1918.

27) Levy — Suhl. Der Ausrottungskampf gegen Rentenneurose und Konsequenzen. D. med. Wochenschr. Nr. 41. r. 1926.

28) Leyser: Die Psychopathologie der nervösen Magenleiden. Klin. Wochenschr. Nr. 25. r. 1924.

29) Tenże: Über die hirnphysiologischen Grundlagen psychogener Bewegungsstörungen. Zeitschr f. d. ges. Neur und Psych. tom 94. r. 1925.

30) Löwenstein i Mendel: Hirnschädigung durch elektrische Einwirkung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. tom 125. r. 1932.

31) Löwenthal: Drei Thesen zur Neurosenfrage. D. Zeitschr. f. Nervenhelk. tom 88. r. 1926.

32) Mayer: Über Simulation und Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 39. r. 1918.

33) Matthes: Die Pathogenese und Erscheinunsformen der Herzneurose Klin. Wochenschr. Nr. 10. r. 1926.

34) Moser: Zur Frage der Neurosenbegutachtung. Arch. für Psych. tom 77. r. 1926.

35) Nachmanson: Zur Symptombildung der Hysterie. Zeitchr. f. d. ges. Neuschr. und Psych. tom 107. r. 1927.

36) Naegeli: Nachuntersuchungen bei traumatischen Neurosen. Korrespbl. Schweizer Ärzte. r. 1910.
37) Tenże: Unfall und Begehrungsneurosen. Stuttgart. r. 1917.
38) Tenże: Unfallneurosen. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Zeszyt 3. Lipsk 1917.
39) Oppenheim: Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin r. 1918.
40) Panse: Das Schicksal von Renten und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche. Arch. f. Psych. tom 77. r. 1926.
41) Tenże: Das Schicksal von Renten und Kriegsneurotikern in seiner Abhängikeit von Begutachtung und Umwelteinflüssen D. Zeitschr. f. Nervenheilk. tom 88. r. 1926.
42) Pfeifer: Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen Bumkes Handb. der Geisteskrankh. tom 8. Sp. Teil. III. r. 1928.
43) Pönitz: Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluss der Kriegserfahrungen. Berlin r. 1921.
44) Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen (Przedmowa Freuda, referaty Ferencs'iego, Abrahama, Jonesa i in.) Internationale psychoanalitische Bibliothek. Nr. 1. r. 1919.
45) Protokoły konferencji Przewodniczących Sądów Rozjemczych dla spraw Ubezp. od wypad. odbytej dnia 3. IX. 1931. i 18-19/II. 1932.
46) Quensel: Der Streit um die Beurteilung der Unfallneurosen. Med. Klin. Nr. 6. r. 1929.
47) Redlich: Die Revision der Neurosenfrage. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. tom 88. r. 1926.
48) Reichard: Die Unfallneurose D. med. Wochenschr. Nr. 6. r. 1928.
49) Tenże: Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der s. g. Entschädigungsneurose Arch. für Psych. tom 98. r. 1933.
50) Schilder: Einige Bemerkungen zu der Problemsphäre Cortex, Stammganglien — Psyche, Neurose, Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 74. r. 1922.
51) Schneider: Die Daseinsweisen der Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 170. r. 1927.
52) Schröder: Rentensucht und moralischer Schwachsinn. D. med. Wochenschr. Nr. 32. r. 1926.

53) Schwab: Encephalographie, Liquorpassage und Liquorresorptionsprüfungen im Dienste der Beurteilung von s. g. Commotionsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. tom 102. r. 1916.
54) Stier: Über die s. g. Unfallneurosen. Leipzig 1926.
55) Stierlin: nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. D. med. Wochenschr. r. 1911.
56) Wagner: Die Erbanlage bei Rentenneurotikern D. Zeitschr. f. Nervenheilk. tom 123. r. 1932.
57) Wüllenweber: Die Beziehungen des Nervensystems zu den inneren Organen Münch. med. Wochenchr. Nr. 75. r. 1928

Névroses traumatiques et leur importance médico-légale pour les dédommagements.

par le Dr. NORBERT PRÄGER (Lwów).

C'est à cause du progrès industruel du pays, de son évolution et de l'aggravation des conditions du travail qu'accroit rapidement le nombre des accidents et avec eux les névroses traumatiques.

L'origine psychique des névroses traumatiques est un fait indiscutable; on discute pourtant sur les mécanismes de la réaction C'est l'épuisement des forces psychiques de l'ouvrier qui est la cause principale de la névrose, à cela s'ajoute la crise générale, l'incertitude du lendemain, résultat des difficultés de trouver du travail, difficultés qui saugmentent de plus en plus.

Ce n'est qu'exceptionellement qu'on rencontre une tendance au parasitisme social. Il faut distinguer la névrose et les effets de l'accident sans cause psychique, comme la réaction d'effroi, la réaction des centres végétatifs à l'encéphalite reactive.

La législation de l'assurance publiqe ne résoud pas la question de la névrose traumatique. Il faut pour l'examen des instituts spéciaux avec des médecins-spécialistes.

Opieka Rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie. *)

HALINA JANKOWSKA

(wpłynęło w październiku 1933 r.)

WSTĘP.

„Die Familienpflege gewährt den Kranken was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann: die volle Existenz unter Gesunden die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens."

(Griesinger)

Zdanie to wypowiedział Griesinger przed laty na widok opieki rodzinnej w Gheel, wtedy, gdy była jeszcze unikatem w lecznictwie psychjatrycznem, w czasie, gdy nie śmiano jeszcze myśleć o szerszem zastosowaniu tej opieki, sądząc, że pomyślne wyniki w Gheel są uwarunkowane wiekowemi tradycjami i doświadczeniem ludności.

Przecież przy końcu zeszłego stulecia szereg państw Europejskich zapoczątkował ten rodzaj opieki z wielkiem powodzeniem. Pandy, który te ośrodki zwiedzał na początku bieżącego wieku, wypowiada 25 lat temu zapatrywanie, że pojęcie potrzeby długoletniego doświadczenia ludności dla opiekowania się psychicznie chorymi jest przestarzałem.

Wyniki własnego doświadczenia, które dokładniej niże omówię, pozwalają mi przyłączyć się do zdania tegoż Pandy'ego, który twierdzi, że opieka rodzinna przedstawia „pierwszorzędną i wielostronną metodę leczniczą i pod kierunkiem powołanych do tego fachowców często się udaje".

Jak się nieraz zdarza — praktyka i tu wyprzedziła teoretyczne i naukowe uzasadnienie. Bo przecież najnowszy kierunek

*) Referat ten w skróceniu został zgłoszony na Zjazd Lekarzy i przyrodników w Poznaniu, wygłoszony na posiedzeniu Warsz, Oddz. Polsk. Tow. Psychjatrycznego w dn. 26. września 1933 r.

naukowy psychjatrji, opierający się na głębokiem indywidualnem wniknięciu w życie psychiczne poszczególnego chorego i wymagający indywidualnego postępowania i oddziaływania na niego zależnie od jego usposobienia, objawów chorobowych, reakcji, charakteru i przejść, musiał zakwestjonować skuteczność w wielu — jeśli nie w większości wypadków — bądź co bądź ryczałtowego masowego traktowania chorych w szpitalach psychjatrycznych, które nie mogą wyzbyć się swego ryczałtowego charakteru nawet przy największych wysiłkach personelu lekarskiego. W praktycznym wyniku kierunek ten musiał się zwrócić do opieki rodzinnej, jako do najracjonalniejszej w całym szeregu a nawet, sądzę, że w większości przypadków. Nie mam wprawdzie, danych, by się przyłączyć do zdania, które wypowiedział Gerenyi na Kongresie Antwerpskim, a które brzmi: „wird der Moment gekommen sein, die Zukunft des Irrenwesens ausschliesslich auf die Familienpflege zu begründen" — sądzę nawet, że zdanie to jest przesadzone. Przecież te osiem miesięcy doświadczenia nad opieką rodzinną znacznie w mojem pojęciu rozszerzyły granice kategorji chorych, kwalifikujących się do niej w stosunku do tych z jakiemi przystępowałam do tej pracy. Nad tą sprawą zresztą niżej obszernie się zatrzymam.

Pomimo, że teoretyczne kierunki nawołujące do indywidualizowania chorych psychicznie, zarówno przy uwzględnieniu psychogennego czynnika w powstaniu choroby, jak i przy oddziaływaniu leczniczem znajdują wielki posłuch w naszym kraju, pomimo nawoływań Bleulera do wczesnego wypisywania schizofreników z zakładów ze względu na szkodliwość tego środowiska na przebieg ich choroby, która dla pomyślnego zwrotu wymaga swobodnego otoczenia, bez sztuczności warunków szpitalnych, przyjmowanych przez chorych jako niezrozumiałe i obce, — pomimo wreszcie nasuwającej się wobec tego, zdawałoby się konieczności rozwinięcia opieki rodzinnej na większą skalę — znajduje wciąż jeszcze u nas minimalne zastosowanie: 175 chorych w adneksyjnym typie Opieki Rodzinnej przy zakładach psychjatrycznych w Dziekance, Kościanie i Rybniku, pozatem opieka otwarta w Warszawie, Krakowie i Łodzi, gdzie opieka rodzinna jest niemal wyłącznie homofamiljalna, a pomoc lekarska przeważnie udzielana ambulatoryjnie,

Wciągnięcie do tej opieki ludności wiejskiej nie przyzwyczajonej, niedoświadczonej pod względem psychjatrycznym napotykało obawy pośród polskich psychjatrów wypowiadane i w prasie psy-

chjatrycznej — o brak zasadniczego warunku — mianowicie odpowiedniej kultury ludności. Niestety — jak się nam często przytrafia i jak nam i w tym wypadku życie pokazało — jesteśmy pesymistami w stosunku do własnych możliwości.

Do zwalczenia tych oporów zmusiło przecież życie i jego konieczności zaradzenia trudnościom ekonomicznym. Z jednej strony mieliśmy zbytnie obciążenie samorządów i rodzin wysokiemi opłatami w szpitalach psychjatrycznych, z drugiej kryzys materjalny ludności, chwytającej się nadarzających się źródeł dochodu.

Niewątpliwie powstanie zorganizowanej Opieki Rodzinnej na terenie Wileńszczyzny na szerszą skalę, poparte, a częściowo zainicjowane przez czynniki rządowe i samorządowe było tu znacznie ułatwione tradycją istniejącej od lat, samorzutnie powstałej opieki rodzinnej we wsi żydowskiej Deksznia.

„Pamiętam, że, kiedy miałem 4 czy 5 lat, w Dekszni była jedna chora“ podaje 85 letni mieszkaniec tej wsi; *) kiedy się żenił mając lat 20 — było we wsi 4-5 chorych; liczba chorych wzrastała powoli do roku 1900, kiedy było ich zaledwie 20 kilka osób. W roku tym odwiedził wieś Dr. Cemach Szabad, znany lekarz — internista i wielki społecznik żydowski w Wilnie, wraz z przedstawicielem „Jka“ (Towarzystwo Popierania Rolnictwa i rzemiosł wśród żydów). Obu czynnikom zależało bardzo na tem, żeby utrzymać przy rolnictwie garstkę wieśniaków żydów, a że ziemia bardzo nieurodzajna, warunki dla egzystencji trudne — chodziło o to, by im dostarczyć dodatkowe źródło dochodu. Dr. Szabad stwierdziwszy, że warunki dla chorych w Dekszni są odpowiednie, ogłosił w codziennej prasie rosyjskiej artykuł o Dekszni p. t. „Sumaszedszaja Kołonja“. **) Od tego czasu chorzy zaczęli licznie przybywać, i przed wybuchem wojny liczba ich miała sięgać blisko 200 osób. Ewakuacja na parę lat przerwała opiekę rodzinną w Dekszni. W roku 1917 chorzy zaczęli napływać na nowo. Opieka ta pozostawała bez opieki i kontroli lekarskiej do 1930 roku. Władze rosyjskie nie ingerowały w tę sprawę zupełnie. W roku 1930. opieką rodzinną nad psychicznie chorymi zajęła się również

*) Jest to jedyne źródło historyczne początków Opieki Rodzinnej w Wileńszczyźnie. Chora ta pochodząca z Wilna, była umieszczona przez swoją rodzinę u znajomych w Dekszni za opłatą.

**) Pomimo usilnych starań moich i Dr. Szabada nie udało nam się odszukać tego artykułu. Dane, które tu przytaczam, były mi łaskawie udzielone osobiście przez Dr. Szabada, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję.

kolonja Lejpuny, położona o 6 kilometrów od Dekszni, zamieszkała także przez żydów-rolników.

Od 1930 roku został zaangażowany przez wieś w charakterze konsultanta Dr. Wirszubski; w 1932 roku, kiedy Magistrat m. Wilna zaczął tam umieszczać większą liczbę chorych, został również konsultantem z ramienia Magistratu. W 1930 roku zainteresował się opieką rodzinną w żydowskich wsiach Departament Służby Zdrowia, wynikiem czego było wydanie przez Wojewódzki Wydział Zdrowia pewnych ograniczeń i zarządzeń, które mianowicie dotyczyły zmniejszenia liczby chorych do 8-miu w jednej rodzinie, podziału chorych pg. płci oraz stworzenia miejscowego samorządu i zaprowadzenia księgi ewidencyjnej chorych. Przecież jeszcze w styczniu 1933 roku zarządzenia te nie weszły całkowicie w życie; jeszcze w niektórych domach zastałam ponad 8 chorych a podział pg. płci nie był zupełnie uwzględniony.

Stojąc wobec trudności praktycznych w opiece nad psychicznie chorymi, natrafiając z jednej strony na brak miejsc szpitalnych, z drugiej — na niewydolność finansową samorządów utrzymywania w szpitalach swych chorych, Wojewódzki Urząd Zdrowia w osobie Naczelnika Wydziału Dr. Rudzińskiego, opierając się na przykładzie opieki rodzinnej w Dekszni, wielokrotnie rzucał myśl utworzenia opieki rodzinnej dla chorych chrześcjan wśród ludności chrześcijańskiej. Nawoływania te pozostawały długi czas bez echa. Aż w 1932 roku inicjatywę tę wobec trudności majątkowych skwapliwie podjął pewien przedsiębiorczy, obrotny, i energiczny ziemianin gminy Rudziskiej. Chorych przyjmował z początku do swego folwarku, lokując ich w osobnym, nie zamieszkałym przez zdrowe osoby domku pod opieką najemnego pielęgniarza; następnych chorych oddawał pod opiekę okolicznym mieszkańcom (zaściankowa szlachta) płacąc im ⅔ lub mniej pobieranej za chorych sumy. *)

Nadzór lekarski, który miał charakter dorywczy, pełnił Dr. Podwiński zaangażowany częściowo przez Magistrat m. Wilna (dla swoich chorych) częściowo zaś przez owego ziemianina.

Całe to przedsiębiorstwo zarówno w kolonji żydowskiej, jak i w nowopowstającej kolonji chrześcjańskiej rozwijało się w pogoni za zyskiem na zasadach niezdrowego współzawodnictwa

---

*) Podobny uzus miał też miejsce i w Dekszni, gdy chory zdobyty przez danego gospodarza, z powodu braku miejsc, lub jako niewygodny chory był oddawany za mniejszą opłatą do biedniejszych gospodarzy.

i drogą taniego reklamiarstwa. Brak organizacji; dozór lekarski był dorywczy, bo nawet nie był w rękach lekarzy ten najważniejszy czynnik racjonalnej opieki rodzinnej — umieszczanie i przemieszczanie chorych, czyli indywidualne dobieranie dla chorego odpowiednich warunków. Można sobie wyobrazić, jak różne względy, dalekie od psychjatrycznych, decydowały o umieszczaniu lub przemieszczaniu chorych, jak nieraz chorzy byli narzędziem lub ofiarą niepowołanego kierownictwa, osobistych względów lub intryg.

Zwłaszcza rozwój opieki rodzinnej w Deksznie, budzący wprawdzie zainteresowanie wśród społeczno — ideowych sfer żydowskich, ale jedynie pod kątem widzenia materjalnych korzyści mieszkańców Dekszni, przez długi szereg lat pozbawiony zainteresowania i kierunku od strony interesu psychicznie chorych, musiał głęboko wkroczyć na tory nieprawidłowego rozwoju za pośrednictwem metod nie zatrzymujących się przed przekupstwem intrygami, niemal handlem chorymi. Chorych zdobywali sobie poszczególni opiekunowie własnym sprytem i przedsiębiorczością. Oczywiście w tych warunkach nie mogło być mowy nie tylko o jakiejkolwiek selekcji psychjatrycznej, narodowościowej, rasowej, czy wyznaniowej, ale pomieszanie płci było niemal w każdym domu. Powstały z polecenia Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia zarząd Kolonji, składający się z trzech miejscowych gospodarzy, wybranych przez wieś, miał „sprawiedliwie“ rozdzielać chorych, kierowanych przez Magistrat m. Wilna. Bo co do innych Magistratów względnie gmin i chorych prywatnych, w dalszym ciągu były umowy i zobowiązania z poszczególnemi mieszkańcami Dekszni. Dogląd chorych pod względem higienicznym pozostawiał wiele do życzenia: Wiele domów w Dekszni i Lejpunach zastałam zawszawionych, wielu chorych w łachmanach, odżywianie w wielu domach było niedostateczne.

Dwie łaźnie tzw. „cieplice“, istniejące we wsi, stały niemal bez użytku; prawda, że niektóre domy posiadały wanny, w których miano kąpać chorych.

Obchodzenie się z chorymi dało powód do wielu, nieraz potwornych, może czasem przesadnych opowieści. Gdy objęłam kierownictwo nad Opieką Rodzinną, liczny szereg osób zgłaszał się do mnie dobrowolnie, by mię poinformować o „znęcaniach się“ nad chorymi w Deksznie. Byli to częściowo członkowie rodzin chorych, którzy się tam znajdowali, lub też osoby zdrowe, które poprzednio’ jako chore były krzywdzone przez opiekunów, często jednak zgła-

szały się też osoby bezpośrednio niezainteresowane, a które były bądź naocznymi świadkami, bądź powtarzały skargi przytomnych chorych, które do nich dochodziły. Zgłosił się raz do mnie w Wilnie staruszek-żyd z pobliskiego miasteczka, który przybył do Wilna specjalnie po to, by mię poinformować o nadużyciach w Dekszme, gdzie przebywający przed laty syn jego miał doznawać wielu krzywd. Syn ten zmarł następnie w domu ojca, a ojciec, który po kilku latach nie może zapomnieć krzywd syna, przybywa po to tylko, aby poinformować o tem „jak tam jest „i prosić", by temu opiekunowi nie powierzać więcej chorych.

Wojewódzki Urząd Zdrowia rozumiejąc dobrze te braki psychjatryczne, które nie mogły ujść uwagi komisyj, kontrolujących Opiekę Rodzinną, uważał wraz z Magistratem m. Wilna, ten stan rzeczy za przejściowe prowizorjum do jakiejś dalszej organizacji tej Opieki. Za pierwszy niezbędny krok w tym kierunku, uważano zaangażowanie stałego lekarza, któryby się wyłącznie tej sprawie poświęcił. Ponieważ Magistrat m. Wilna posiadał już tam znaczną liczbę chorych i przewidywało się, że w dalszym ciągu swych chorych będzie tam lokował, zdecydowano, że Magistrat redukując opłaty za chorych w Opiece Rodz. z 60 na 55 złotych, z tych oszczędności zaangażuje stałego lekarza. Od 1 stycznia 1933 roku ja nim zostałam.

Organizacja Opieki.

Muszę przyznać, że rola moja była dość trudna, bo jako urzędnik Magistratu m. Wilna miałam formalne prawo tylko do chorych tego Magistratu, a przecież koniecznem było dla wprowadzenia ładu, wziąć w swoje ręce wszystko, by opiekę rodzinną faktycznie zorganizować i nią pokierować. Rozwiązanie dla tej sytuacji znalazłam w planie organizacji, który niżej przedstawię; ale już dla samego zorganizowania i do czasu legalizacji statutu rządziłam się właściwie tam prawem kaduka. Zarząd Wojewódzki, którego prezes tymczasowy był wybrany na początku marca, dotąd się nawet tymczasowo nie ukonstytuołował i nie dał mi tych tymczasowych pełnomocnictw.*)

W oddziałach, tymczasowo zorganizowanych, zasady organizacji objęte statutem, są ściśle przestrzegane już od lutego 1933 r.

Było mi to niejednokrotnie dużą przeszkodą, zwłaszcza, że przyjęta nieżyczliwie, a nawet wrogo przez kolonję żydowską,

*) Organizacja do czasu zalegalizowania statutu musiała nosić charakter tymczasowy.

a częściowo, — jak można było się spodziewać z podanych na wstępie szczegółów — i w kolonji chrześcjańskiej, jako ten czynnik niepożądany, krępujący, stawiający wymagania i wprowadzający ograniczenia, miałam duże trudności do zwalczania. Ten brak formalności niezmiernie mi dotąd utrudnia pracę, bo formalnie niemam prawa do całego szeregu posunięć i zarządzeń dla wprowadzenia potrzebnych zmian, które jednak z wielkim trudem przeprowadziłam.

Obecna organizacja opieki rodzinnej polega na tem, że wszyscy opiekunowie wchodzą jako członkowie w skład Stowarzyszenia pod nazwą „Opieka rodzinna nad Psychicznie Chorymi w Województwie Wileńskiem", którego członkami mogą być zresztą i nie opiekunowie. Poszczególne oddziały, których jak dotąd jest dwa, wybierają z pośród siebie Zarządy Oddziałów, których pracą kieruje lekarz-kierownik zaangażowany przez Zarząd Wojewódzki. Zarząd Wojewódzki składa się z a) Prezesa wybieranego przez Walny Zjazd Delegatów Oddziałów, b) członków wirylistów (2-ch przedstawicieli Województwa, po jednym z zainteresowanych Starostw i 1-go z Magistratu), oraz c) Prezesów Oddziałów. Każdy opiekun wpłaca jako składkę członkowską do stowarzyszenia odsetek od opłaty za chorego, którego wysokość określa Walne Zebranie Członków Oddziałów. Z powstałego w ten sposób funduszu, Oddziały jak dotąd, opłacają siostrę pielęgniarkę, lokal kancelarji oddziału, utrzymują apteczkę, opłacają druki, rozjazdy służbowe Zarządu, wydatki kancelaryjne i inne. Fundusze Oddziałów zaledwie pokrywają te bieżące wydatki, które wymieniłam. A potrzeby rosną. Zapoczątkowaliśmy czytelnię dla chorych, która narazie powstała z ofiar, niedługo będzie wymagała kompletowania przez kupowanie książek. Zbliża się jesień, kończą się roboty wiejskie, zimę chorzy dotąd spędzali przeważnie bezczynnie. Myślimy o uruchomieniu warsztatów koszykarskich, introligatorskich dla mężczyzn; robót ręcznych tkackich — dla kobiet, (ludność tu mało zajmuje się tkactwem). Zanim może w przyszłości te warsztaty będą dawały dochód, narazie trzeba w to wkładać. Dziś, gdy stowarzyszenie jest już zarejestrowane w lipcu b. r., kiedy formalne wybory będą niebawem przeprowadzone, sądzę, że Zarząd Wojewódzki zdoła wyjednać subsydja Rządowe dla Stowarzyszenia w celu zaradzenia niezbędnym potrzebom.

Tylko w tym razie udałoby się urzeczywistnić projekt, który mi leży na sercu, mianowicie wystawienie w oddziale Rudziskim

w Dejlidach (które są największą wsią i położone w centrum) gmachu administracyjnego w którym znalazłaby pomieszczenie kancelarja, oddział pielęgniarski, lekarz, a przedewszystkiem infirmerja i sala rozrywkowa dla chorych. W Dekszuie istnieje budynek, który do tych celów możnaby przystosować, ale na to również potrzebne są fundusze, których Zarząd Oddziału nie ma, a przedewszystkiem nie ma tam w przeciwieństwie do Oddziału Rudziskiego dobrej woli i chęci zrozumienia potrzeb psychjatrycznych, gdzie każda inicjatywa wymagająca najmniejszego wysiłku ze strony opiekunów spotyka się z niesłychanym oporem, jako rzecz „niepotrzebna" — faktycznie jako godząca w wygodę opiekunów.

Warunki Opieki w Oddziale Rudziskim.

Oddział Rudziski (chrześcijański) Opieki Rodzinnej nad psychicznie chorymi, posiadający obecnie 104 chorych*) i 49 opiekunów składa się z 19 punktów rozrzuconych na przestrzeni 12 kilometrów średnicy. Osiem z nich przedstawia większe, lub mniejsze zbiorowiska gospodarstw (wioski i kolonje), reszta są to pojedyńcze zaścianki, lub folwarki, zamieszkałe przeważnie przez jednego gospodarza (czasem 2-ch blisko ze sobą spokrewnionych i zamieszkałych przeważnie w jednym dworku). Odległość tych poszczególnych osiedli od siebie wynosi od 1/2 do 3-ch kilometrów. Ludność — wyłącznie rolnicy — jest naogół niezamożna, posiada grunt nieurodzajny, należy do t. zw. szlachty zaściankowej; dość schludna i jakkolwiek posiadająca tego rodzaju rysy ujemne, jak nieufność, podejrzliwość, nieszczerość, skłonność do intryg, zazdrość mściwość i zawziętość, to przecież wykazuje cechy niezmierne cenne, jako kwalifikacje na opiekunów psychicznie chorych: przedewszystkiem spokojny i zrównoważony temperament, nieskłonny do uniesień lub zniecierpliwień, przeciwnie wielka cierpliwość i wyrozumiałość dla objawów chorobowych, trafna spostrzegawczość, często spotykana szczera życzliwość i troskliwość w stosunku do chorych, szczególnie ujmująca w oznakach radości, gdy pod niewątpliwym wpływem ich dobrej właściwej opieki, chory poprawia się, wyzbywa się narowów, przybliża się do otaczającego go normalnego życia.

*) W tej liczbie 8 – 10 dzieci — głębokich oligofreników, które faktycznie nie są we właściwej opiece rodzinnej, bo jej nie potrzebują, a są umieszczeni w jednym z większych folwarków w osobnym domu, pod opieką wykwalifikowanej pielęgniarki i pod czujną kontrolą troskliwych gospodarzy. —

W mieszkaniach opiekunów tego oddziału, przeważnie najlepsza część pomieszczenia, jest oddana dla użytku chorych. (Fig. 2).

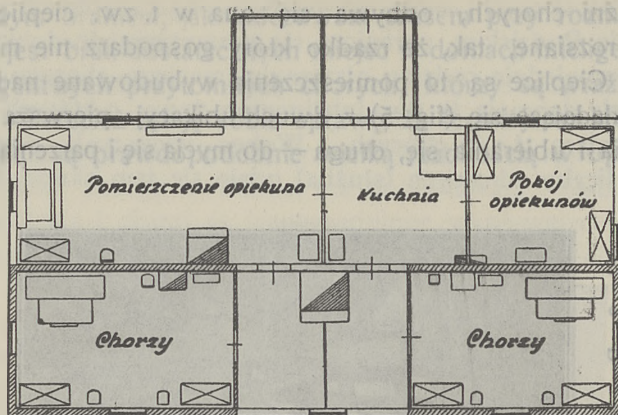


Fig. 2. Plan przeciętnego mieszkania opiekuna z pomieszczeniem dla chorych (Oddział Rudziski).

Bywa nawet, że gospodarze po ustąpieniu lub wydzieleniu ze swej izby (która początkowo była jedna) pokoju dla chorych, sami mieszczą się w niewygodnych, niedość jasnych pomieszczeniach. Daję na to tylko tymczasową zgodę z warunkiem, że i sobie niebawem zabezpieczą dostatecznie wygodne i higjeniczne pomieszczenie. Istotnie w ciągu lata kilku gospodarzy rozbudowało swe domy, inni powstawiali, lub powiększyli okna, wyłożyli podłogi itp. Pokoje chorych niemal wszędzie są tu dość starannie umeblowane, ozdobione firankami, choćby papierowemi, wazonami, obrazkami, bukietami; wygląd pomieszczeń, kontrolowany często i o różnych porach, świadczy o stałej dbałości estetycznej opiekunów. (Fig. 3 i 4).

O wymaganych warunkach hygjenicznych mieszkania i odżywiania, które są ściśle przestrzegane, nie będę tu mówić szczegółowo; odsyłam czytelnika do załączonego przy końcu artykułu regulaminu dla opiekunów, z którym każdy nowowstępujący do Stowarzyszenia opiekun, powinien się zapoznać i podpisać zobowiązanie jego wypełniania. Podkreślę tylko, bo przez opuszczenie pominęłam to przy układaniu regulaminu, że opiekunowie są obowiązani zależnie od wskazówek lekarza, stawiać studnie cementowe w miarę jak studnia drewniana się zużywa.*)

*) Z początkiem zimy w dotychczasowych punktach Opieki Rodzinnej zostanie zaledwie kilka studni drewnianych.

Ustępy są wymagane albo cementowe, albo z wynoszonemi skrzynkami i te już u wszystkich opiekunów są zaprowadzone. Co do łaźni chorych, odbywa się ona w t. zw. cieplicach. Są tu gęsto rozsiane, tak, że rzadko który gospodarz nie ma własnej cieplicy. Cieplice są to pomieszczenia wybudowane nad lub pod ziemią, składające się (fig. 5) z dwuch ubikacyj: pierwsza służy do rozbierania i ubierania się, druga — do mycia się i parzenia się. (sic!)

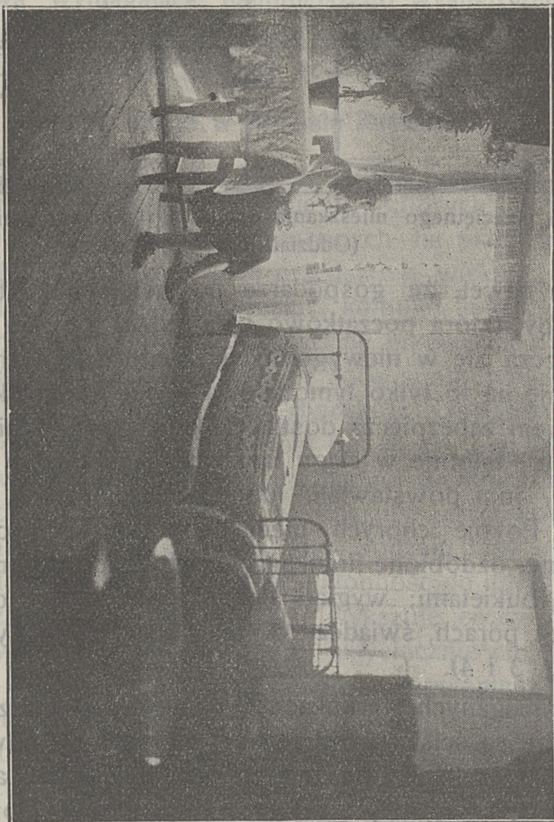


Fig. 3. Przeciętne wnętrze pomieszczenia chorych. (Oddział Rudziski).

W tej drugiej znajduje się palenisko, na którem usypany jest przeważnie stos kamieni, rzadko jest piec murowany obok stoi duża beczka z wodą (cieplice budowane są blizko naturalnych zbiorników wody, lub studni). Woda w beczce nagrzewa się bądź przez wrzucanie doń rozgrzanych kamieni, bądź też przez rurę, która z pomiędzy kamieni wzgl. od pieca prowadzi do beczki; dokoła

ścian ułożone są dwa piętra ław dla parzenia się. Para wytwarza się przez polewanie rozgrzanych kamieni wodą.

Dużym brakiem, jaki odczuwam czasem przy rozmieszczaniu chorych, jest brak dostatecznych miejsc w domach inteligentnych — dla inteligentnych przytomnych chorych, którzy są wrażliwi na otoczenie. Przecież zdaję sobie sprawę, że te miejsca, któremi rozporządzam, są prawdopodobnie wielką rzadkością w opiekach ro-

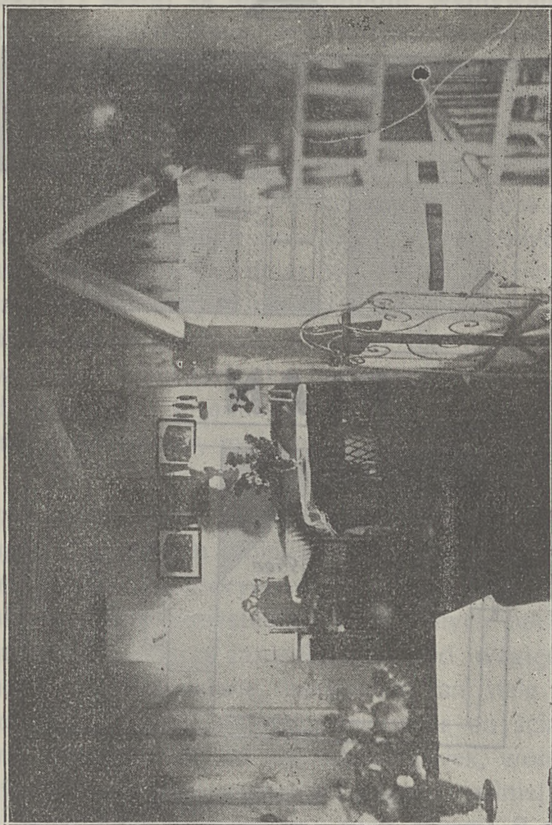


Fig. 4. Jedno z najlepszych pomieszczeń oddziału Rudziskiego.

dzinnych, jeżeli nie unikatem u nas, gdzie kryzys zmusza ludzi kulturalnych do tego bądź co bądź uciążliwego i absorbującego zajęcia. Mam 2 takie domy, jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet. Pozatem — 3 domy osób półinteligentnych, ale przewyższających kulturą otaczające środowisko 2 z tych domów należą do rodziny przesiedlonej niedawno z Poznańskiego, w której inteligentne i przy-

tomne chore, dzięki serdecznej i umiejętnej opiece, czują się bardzo dobrze.

Liczba chorych umieszczonych w poszczególnych rodzinach w oddziale Rudziskim, ogranicza się przeważnie do dwuch; wyjątkowo odpowiednie rodziny otrzymują trzeciego chorego. Specjalny wyjątek stanowią te dwa inteligentne domy, o których wspominałam, mające 4—6 chorych. Wobec większych pomieszczeń, większej liczby zdrowych (służba) udaje się tam skupić liczniejszą

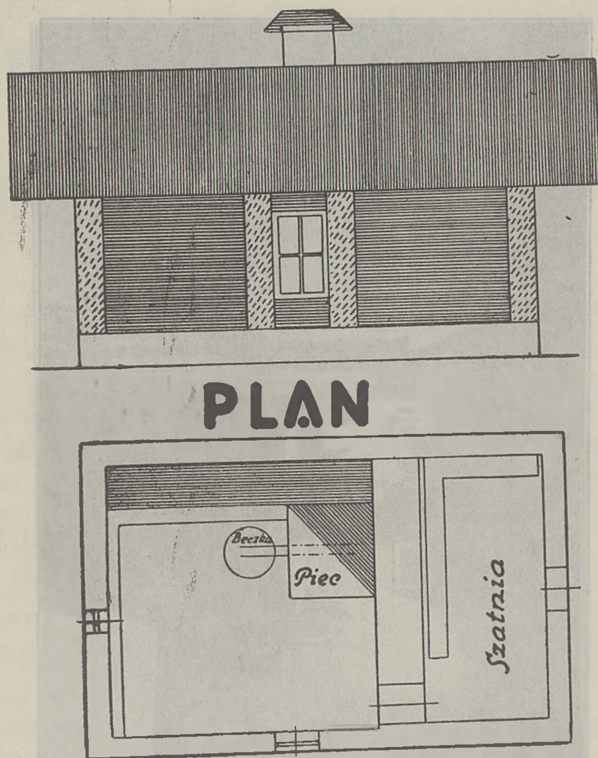


Fig. 5. Schemat Cieplicy.

gromadkę chorych z korzyścią dla nich samych. Są to bowiem prawie wyłącznie chorzy inteligentni, towarzyscy, którzy wzajemnie się sobą zajmują i tworzą nieraz dość zgrany i dobrze się czujący zespół. Jeden chory w rodzinie jest jedynie stanem przejściowym* i jednocześnie okresem próbnym dla opiekuna.

---

*) „Niestety nawet w tych wypadakach, kiedy uważałabym, że stan chorego względnie jego właściwości psychiczne wymagałyby ulokowania go jako

Jak doniosłą bronią w ręku lekarza, zarówno leczniczą w stosunku do chorych, jak wychowawczą w stosunku do opiekunów, jest wyznaczanie i przemieszczanie chorych przekonałam się na własnem doświadczeniu.

Oto chory debilik — psychopata, przytem fizycznie ułomny; przez cały czas u poprzedniego opiekuna, jest niezadowolony i nie można go zachęcić do żadnej pracy, domaga się wypisania, twierdzi, że woli żebrać w Wilnie. niż tu zostawać. Sądziłam, że te niezadowolenia i skargi są nieuzasadnione, wypływające z jego psychopatycznego usposobienia, tembardziej, że drugi chory u tych samych opiekunów — paralityk w remisji był zawsze zadowolony, chętnie pracował z gospodarzem, chodził z nim razem na zabawy. Z różnych względów jednak zdecydowałam się przenieść go do opiekunów, którzy bardzo umiejętnie zajęli się podobnym chorym głuptakiem z porażeniem połowiczem po dziecięcem zapaleniu mózgu; (chory ten, z początku poprawny u pierwszych opiekunów, wkrótce stał się nieznośny, uciążliwy, roszczący liczne pretensje). Od dłuższego czasu obaj ci chorzy czują się jaknajlepiej, są zadowoleni, sami chętnie garną się do pracy dla nich dostępnej, żyją ze sobą w dobrej komitywie, kochają swoją opiekunkę, która cieszy się ich poprawą i z radością dzieli się, z lekarzem swoim spostrzeżeniem „Pani doktór, mnie zdaje się, jakby on i rozumniejszy się stał".

A oto inna chora. Zastałam ją wśród dziesięciu chorych ulokowanych w osobnym domku, z 3-ch pokoików pod dozorem najętej pielęgniarki, w którym opiekunowie nie mieszkali. Pomieszczenie to robiło wrażenie źle utrzymanych oddziałów szpitali psychjatrycznych, a chorzy zaniedbanych pod względem psychicznym. Chorą, o której mówię, zastawałam tam stale bądź w łóżku, bądź przkucniętą w kącie pokoju odwróconą do ściany z nakrytą głową; przy zbliżaniu się do niej kogokolwiek, woła „won, won" (co ozuacza po rosyjsku przecz") i jeszcze usilniej odwracała się do ściany, wykonując odpędzający ruch rękami. 9 z tych 10 chorych stopniowo rozmieściłam pojedyńczo w poszczególnych ro-

---

jednego chorego w rodzinie, jestem skrępowana niską opłatą jaką opiekunowie otrzymują za chorych w stosunku do stawianych im wymagań. Zdaję sobie sprawę bowiem, że ten jeden chory im się wcale, albo b. mało opłaca, a także z tego, że „pokrzywdzenie" co do liczby chorych wywołałoby niezadowolenie, któreby się odbiło na stosunku opiekuna do tegoż chorego, dla którego zabiegamy o lepsze warunki.

dzinach. U wszystkich stwierdziłam wybitnie dodatni wpływ tej zmiany: 2 z tych chorych — zanieczyszczające się — przestały się zanieczyszczać, stały się, podobnie jak inne, mniej autystyczne, nawiązywały pewien, jakkolwiek dziwaczny kontakt z otoczeniem. A nasza chora, której zachowanie się opisałam wyżej, dość szybko po ulokowaniu w nowym domu opiekuńczym, pod wpływem starań chętnej i troskliwej opiekunki, zaczęła, zachowując zresztą swój autyzm wchodzić w to życie domowe. (Fig. 6,) Sterotypowo zaj-



Fig. 6.

mując zawsze miejsce na taburecie przy kuchennym stole, przy krzątającej się obok gospodyni, obiera kartofle, wychodzi z gospodynią do piwnicy po zapasy, na wieś do składów i, jakkolwiek trudno jest i dziś wejść z nią w ściślejszy kontakt i otrzymać odpowiedź na zadane pytanie, to przecie wyraz ma twarzy zawsze

pogodny, samorzutnie, śmiejąc się dziwacznie, wyciąga do lekarza rękę na przywitanie, często nawet całuje, przecież zachowuje zawsze w postaci poronnej obronny ruch rękami i odwracanie głowy, coraz rzadziej jednak wymawiając słowo „won". Raz, gdy spotkałam tę chorą, samą na podwórku, najnieoczekiwaniej podbiegała parę kroków do mnie i pocałowała przykładając jednocześnie rękę do mego policzka.*) Chora pozostawiana sama w mieszkaniu, co było tendencyjnie do niej stosowne, przejawiała więcej inicjatywy np. wstawała ze swego stereotypowego miejsca, podmiata mieszkanie, sprzątała statki i t. p.**)

---

*) Te wyrazy tkliwej serdeczności ze strony schizofreników, wykazujących głęboki autyzm i daleko posunięte rozkojarzenie, a które oceniam jako wyraz uczucia wdzięczności za polepszenie warunków ich życia, są czasem zdumiewające. Spostrzeżenie to może nie jest bez znaczenia dla psychopatologji schizofrenji, jeżeli chodzi o zachowanie się dziedziny uczucia w tej jednostce chorobowej. Czy słusznem jest przypisywanie tej chorobie głębokiego otępienia uczuciowego, czy raczej nie należy tu mówić o pewnego rodzaju zamknięciu, jakby otorbieniu uczucia przez dominujący zawsze w schizofrenji objaw autyzmu. Charakter niniejszego artykułu nie pozwala mi dłużej nad tem zagadnieniem się zastanawiać, przecież nie mogę się powstrzymać, żeby nie podzielić się z czytelnikami jeszcze dwoma spostrzeżeniami, świadczącemi o żywem uczuciu wdzięczności, do jakiego nasi głębocy schizofrenicy, których w gromadzie szpitalnej nie podejrzewamy często o jakiekolwiek życie uczuciowe — są zdolni. Obserwuję mianowicie jeszcze dwie chore żydówki, również głęboko rozkojarzone i wybitnie autystyczne schizofreniczki — zwłaszcza pierwsza z nich; wykazywała z początku wobec mnie wrogi i niechętny stosunek, widocznie „przenoszony" z opiekunów, którym nieraz z gniewem wygrażała, a którzy z nią się bardzo źle obchodzili i w towarzystwie których chorą odwiedzałam. Od kiedy została przeniesiona w bardzo dobre dla siebie warunki, stan jej wybitnie się poprawił, a zachowanie się zarówno w stosunku do nowych i dobrych dla niej opiekunów, jak i w stosunku do lekarza jest nacechowane niezwykłą dla schizofreników przymilną serdecznością i pieszczotliwością, przy jednoczesnych wybitnie inkoherentnych wynurzeniach, których (podobnie jak i następna chora) nazywa lekarza matką. Ten stosuuek chorej do obecnego otoczenia, pomimo pewnych obostrzeń choroby, występujących okresowo w postaci lekkiego podniecenia — trwa bez zmiany już od 7 miesięcy.

A druga chora wprawdzie znacznie mniej od pierwszej rozkojarzona, której również warunki zostały zmienione na lepsze, wybiega na moje spotkanie, gdy przyjeżdżam do Lejpun, i pod rękę ze mną, nic nie mówiąc i tylko lakonicznie odpowiadając na moje pytania, niemal nieodłącznie towarzyszy mi przy wizytacji wsi.

**) Dopisek w czasie korekty.

Chora w ciągu następnych miesięcy poprawiła się jeszcze bardziej. Pozbyła się już zupełnie ruchu odwracania głowy i odpychania ręką. Zlewa mi na ręce wodę do mycia i podaje ręcznik, gdy ją o to poprosiłam. Wpro-

Jeszcze jedna chora z pośród tych samych 10; leżąca, nieprzystępna, czasem agresywna. Przeniesiona do drugiego opiekuna, gdzie była pierwszą chorą, stała się nieco przystępniejsza, ale przeważnie bezczynnie leżała w łóżku; od czasu do czasu bywała agresywna, przeważnie w stosunku do dzieci. Z jej wybitnie inkoherentnych wynurzeń, można było wnosić o jakichś niejasnych urojeniach prześladowczych w stosunku do dzieci. Chorą przeniosłam do domu, gdzie nie było dzieci. Nowa opiekunka-rygorzystka nie dopuszczała chorych w dzień do łóżka, stale je miała przy sobie gdy pracowała; usiłowała je do pracy wciągnąć. I oto nasza chora przez całe lato wspólnie z gospodynią pracuje.



Fig. 7 Chora, o której mowa jest oznaczona krzyżykiem.

wadzona na zabawę karnawałową, z ożywieniem nie rozebrawszy się jeszcze podbiega do lekarza, wołając „będziemy tańczyć“ i przez cały czas w tańcu śmieje się serdecznie.

oddawna już nie zdarzały się wypadki agresywnych wystąpień.

A oto chora dotknięta padaczką z typowemi zmianami epileptycznemi charakteru, bardzo drażliwa, z drugiej strony przylepnie serdeczna i potrzebująca w stosunku do siebie serdeczności i tkliwości. Początkowo, jeszcze przed mojem przybyciem do Opieki Rodzinnej, była u opiekunów, którzy mało się zajmowali i indywidualnie opiekowali chorymi:*) była tam zresztą jedną z 6-ciu, z którymi miewała częste konflikty. Drażliwość i zmiany nastroju czyniły ją uciążliwą współtowarzyszką; wywoływało to odpowiednie reakcje otoczenia; chora miewała tam częste napady. I oto trafia do ciepłej, troskliwej i wyrozumiałej atmosfery Równolegle do pogodnego, zrównoważonego usposobienia, które chora przejawia w nowem środowisku, częstość napadów znacznie się zmniejsza. Sama chora przypisuje swą poprawę dobremu sercu ludzi, którzy nią się teraz opiekują i którzy jej niczem nie denerwują.

Jeszcze jeden przykład z pośród wielu, które mogłabym tu przytoczyć: chora zanieczyszczająca się i w dzień i w nocy, przebywała w ciągu 4-ch miesięcy u skądinąd dość dobrych opiekunów, którzy, pomimo moich nawoływań i przestrzegań, że będzie im przykro, gdy w innym domu opiekuńczym potrafią chorą wychować w tym względzie, nie mogli ją odzwyczaić od tego nałogu; chorą przeniosłam do opiekunki, która już się wykazała odpowiednią umiejętnością w stosunku do chorej przybyłej ze szpitala; chora ta dość prędko przestała się tu zanieczyszczać.

Jeżeli chodzi o moje spostrzeżenia nad skutecznością opieki rodzinnej w porównaniu z opieką szpitalną, to pomimo, że teoretycznie byłam do niej przygotowana, przecież muszę przyznać, że jest czasem zadziwiająca.

Oto schizofreniczka od wielu lat; w domu negatywistyczna i czasem agresywna, dwukrotnie przez dłuższy czas w Klinice Psychjatrycznej U. S. B, gdzie ją znałam. Była tam zupełnie niemal bez kontaktu z otoczeniem, całemi dniami stała bezczynnie zachowując stereotypję miejsca, postawy i mimiki, na pytania przeważnie nieodpowiadała. Był czas kiedy się zanieczyszczała stojąc na sali.

---

*) Zresztą 3 inne chore, które pozostawiłam u tych opiekunów, czują się tam bardzo dobrze.

Fig. 8 przedstawia tę chorą z opiekunem przy piłowaniu drzewa. Chora ta sama wynajduje sobie ruchliwą pracę na powietrzu. Latem samorzutnie zabrała się do bardzo pożytecznej i żmudnej pracy w polu, a mianowicie wydobywała patyczkami t. zw. perz (rozłogi), które zanieczyszczają glebę. Wykonywała tę pracę z nadzwyczajną energią, wytrwałością i zadowoleniem.



Fig. 8.

W zimie chodzi do lasu i zbiera gałęzie na opał, odgarnia śnieg na podwórzu, niechętnie natomiast odnosi się do kobiecej pracy domowej lub robótek ręcznych.

Poza pracą chora nawiązuje niemal serdeczny kontakt z opiekunkami, wdaje się z niemi w rozmowy, dzieli się wrażeniami; wynurzenia chorej są zabarwione pewną dozą humoru, a nawet dowcipem, lecz każde zamącenie normalnego trybu życia, zwłaszcza pojawienie się nowej osoby, płoszy chorą, która ucieka, ukrywając się za stodołą, lub w pobliskim lesie. Szczególnie wybitnie ta niechęć, zresztą wypowiadana wyraźnie przez chorą, występowała w stosunku do matki, która za poradą lekarza przestała córkę odwiedzać. Każde odwiedziny lekarza, które odbywają się co tydzień (któremu zresztą chora okazuje dużą życzliwość) wywoływały u niej tę samą reakcję, t. zn. ucieczkę, chora przytem często widząc lub słysząc zbliżające się auto, zwracała się do obecnych: „autoobserwacja jedzie". Po wyjeździe lekarza przychodziła do opiekunki, by stwierdzić, że „niema już autoobserwacji" i wracała do swej pracy.*)

*) Dopisek przy korekcie.

Stan tej chorej również w ciągu ubiegłego już od czasu opisania jej 1/2 roku jeszcze bardziej się poprawił — chora ta chętnie nawiązuje nawet serdeczny kontakt z lekarzem, opowiada o swych fantastycznych przygodach

Podobnych przykładów, nieraz wprawdzie mniej jaskrawych, mogłabym przytoczyć bardzo wiele; między innemi jest liczny szereg przypadków, w których chorzy przybyli ze szpitala, przy staraniach opiekunek przestali się zanieczyszczać; mogę nawet powiedzieć, że niemal z reguły w oddziale Rudziskim chorzy schizofrenicy przestają się zanieczyszczać.

Ale nietylko w stosunku do szpitalnej — ta heterofamiljalna opieka rodzinna daje tak korzystne wyniki. Spostrzegłam też, że jest w wielu wypadkach niepomiernie korzystniejsza od opieki homofamiljalnej. Przypadki te dotyczyły lekkich postaci schizofrenji, głuptactwa, psychopatji, które do szpitali nie trafiały, a w o-

---

w lesie, dokąd chodzi po gałęzie: bywa tam w odwiedzinach, na przedstawieniach, na które zaprasza lekarza. Pacjentka po raz pierwszy w czasie o. atków zgodziła się przybyć na zabawę, od których dotąd stroniła, i chętnie tańczyła. Tematu powrotu do domu chora unika i omija zarówno jak i wspomnień szpitalnych. To ostatnie jest niezmiernie częstem zjawiskiem u chorych w Opiece Rodzinnej, którzy przybyli ze szpitali, w paru tylko wypadkach stwierdziłam jednak i odwrotny stosunek, — tęsknotę do warunków szpitalnych — i niezadowolenie ze zbyt prymitywnych warunków wiejskich (dotyczyło to 2 chorych przybyłych ze szpitala w Świeciu).

Trudno mi się powstrzymać przy poprawianiu tego artykułu, który został napisany przed ½ rokiem i który już muszę utrzymać w ramach ówczesnego stanu rzeczy, od pewnych uzupełnień, na jakie już sobie parokrotnie pozwoliłam i podania jeszcze jednego przykładu zdumiewających wyników Opieki Rodzinnej u chorych przybyłych ze szpitala: 24 sierpnia 1933 r. przybyła do nas chora z miejskiego szpitala żydowskiego (jedyny miejski oddział psychjatryczny w Wilnie). „Niewiadoma" przywieziona do szpitala 15 czerwca 1933 r. przez karetkę pogotowia. Chora przez cały czas w szpitalu w głębokim uporze leżała z powodu przykurczów kończyn dolnych. Z otoczeniem żadnego kontaktu nie nawiązywała, niemal jedyne słowo które wymawiała do zbliżających się do niej osób było „precz". Chora ta o postawie sztywnej i zupełnie bez ruchu, usta miała zaciśnięte ryjowato (Schnauzkrampf-niemieckich autorów) była b. oporna (jedynie jadała bez oporu), zanieczyszczała się moczem i kałem. Uśmiechała się jednak czasem. Chorą tę przewieźliśmy na wieś furmanką w pozycji leżącej z powodu przykurczu nóg. Fig. 9. przedstawia fotografję naszej chorej, robioną w styczniu 1934 r. Od grudnia już stan chorej odpowiadał tej fotografji. Poprawa oczywiście przychodziła stopniowo. Przykurcz wprawdzie leczyliśmy wannami i masażem, przecież niewątpliwie decydujący wpływ na usunięcie i tej dolegliwości miała poprawa jej stanu psychicznego. Chora ta dziś swobodnie się rusza, jakkolwiek jest nieco sztywna w ruchach, jest stale uśmiechnięta, mówi czasem dość dużo do siebie. Na pytania daje odpowiedzi czasem inkoherentne, nieraz jednak zupełnie trafne, tak że udało się stwierdzić jej personalja. Pacjentka często śpiewa, daje się zająć nieskomplikowaną pracą, którą jednak szybko porzuca. Przestała się zanieczyszczać. Fotografja przedstawia naszą chorą przy obieraniu kartofli, aby unaocznić usunięcie przykurczu.

toczeniu własnej rodziny stanowiły źródło ciągłych konfliktów i wzajemnego rozdrażnienia, prowadzących nieraz do agresywnych wystąpień chorego, który nie chciał niczem się zająć, stawiając rodzinie nadmierne wymagania. Pisząc to, mam na myśli 5-ro takich chorych, których przyjęłam z domów ich własnych rodzin do opieki. Są to jedni z najmilszych chorych pozostających w harmonji z opiekunami, z którymi wspólnie pracują.

Z osób, zgłaszających się na kandydatów na opiekunów wspólnie z Zarządem Oddziału, który zna miejscowych ludzi, wybieramy



Fig. 9.

każdorazowo, w razie potrzeby nowego domu opiekuńczego, dom najbardziej nadający się do opieki psychjatrycznej wogóle, i w zastosowaniu do zgłoszonego chorego w szczególności. Przy wyborze opiekunów kieruję się też i innemi drugorzędnemi względami, ale mającemi duże znaczenie dla ułatwienia organizacji kontroli i dozoru, a także organizacji wspólnych dla chorych instytucji, przedewszystkiem ośrodków rozrywkowych, (czytelnia, radjo itp.) Dążę mianowicie do pewnego skupienia chorych, którzy na początku byli rozproszeni po dwóch, trzech na znacznej przestrzeni, dla tego też stopniowo zlikwidowałam opiekę w dwuch wsiach bardzo odległych, natomiast starałam się zapełnić największą wieś na

terenie (Dejlidy), położoną w centrum, z myślą o tem, żeby w przyszłości wieś ta, położona o 4 klm. od kolei, była ośrodkiem organizacyjnym Oddziału; by tu stanął w przyszłości centralny budynek administracyjny. Zapełnienie tej wsi przy zajęciu już okolicznych zaścianków położyło też koniec niespokojnym staraniom i ubieganiom się o chorych, którzy jednak są dużem podtrzymaniem materjalnem ludności. Zapanowała atmosfera spokoju i zadowolenia, która położyła kres niezadowoleniom i intrygom, gdy jedni gospodarze otrzymywali chorych, a inni nie.

Rzadko się zdarza, że dyskwalifikuję zupełnie zgłaszających się kandydatów na opiekunów. Wykluczam osóby notorycznie używające alkohol, osoby psychopatycznie niezrównoważone, lub wykazujące bądź szczególną niedbałość w opiece nad chorymi, bądź też wybitne zamiłowanie do intryg i komeraży i wciągania do nich chorych. Osoby te zresztą przeważnie należały do ludności małomiasteczkowej. Ludność wiejska przeważnie, jak już ją zcharakteryzowałam, posiada cechy, które mogą być bardzo pomyślnie wykorzystane w opiece nad chorymi psychicznie; a dążenie ludności do utrzymywania chorych, jako do źródła poprawienia swego pobytu, można wykorzystać dla podciągnięcia ich i przystosowania do wymagań.

U jednego z gospodarzy zastałam 4-ch chorych w wielkiem zaniedbaniu; zarówno lokal, jak i wygląd chorych pozostawiał wiele do życzenia; chorzy ci przybywali w odosobnieniu od rodziny, nikt się niemi nie zajmował. Wielokrotne próby skontrolowania jedzenia, albo się nie udawały, albo wypadały niekorzystnie dla opiekunów. Ponieważ stan ten pomimo uwag nie poprawiał się, przeniosłam najpierw jednego chorego, potem po kolei dwuch następnych; pozostawiałam fizycznie silnego paralityka o miernym stopniu otępienia. W krótkim czasie, mieszkanie i wygląd chorego, stały się niedopoznania. Chory więcej przebywał z rodziną, dla której spełniał dość ciężką, ale nie ponad siły pracę fizyczną; żywienie chorego znacznie się poprawiło, tak że po paru miesiącach poprawy opiekun otrzymał drugiego chorego. Podobnych przykładów mam kilka. Wogóle drugiego chorego otrzymują opiekunowie nie w porządku chronologicznym po otrzymaniu pierwszego, lecz zależnie od jakości opieki, pomijając, że na pierwszym planie stoi odpowiedni dobór chorych. Otóż w jednej z wsi mam opiekunkę, która jest b. dobrą i ochędożną gospodynią i bardzo dbałą o stronę fizyczną chorego, ale była niesłychaną wi

chrzycielką i intrygantką i powodowała dookoła siebie niepokój i kłótnie; gdy inni opiekunowie wsi, którzy później stali się opiekunami, drugiego chorego otrzymali, gospodyni ta zwróciła się do mnie z zapytaniem, czy się na nią gniewam, że nie daję jej drugiego chorego; wytłomaczyłam jej raz jeszcze, jakich kwalifikacyj moralnych wymagam od opiekuna, że jej zachowanie się ją dyskwalifikuje, że zastanawiam się nad tem, czy, o ile nie zmieni swego zachowania, nie odebrać od niej i tego jednego chorego. Opiekunka widocznie starała się, pozornie przynajmniej, zaspokoić moje wymagania, a ja starałam się nie przeciągać struny, wiedząc, że po tych naukach i doświadczeniach lepiej od nich wpłynie na uspokojenie i zrównoważenie - zadowolenie z otrzymania drugiego chorego. Dziś już nie mam z nią większych kłopotów; nie zakłóca ona spokoju.

Nie będę mnożyć przykładów.

Warunki Opieki w Oddziale Olkienickim.

W Olkienickim oddziale, czyli żydowskim, sprawa doboru chorych, swobodnego ich przenoszenia, dla dostarczenia im odpowiedniejszych warunków i dla oddziaływania na opiekunów przedstawia się o wiele trudniej jakkolwiek w znacznej mierze jest stosowana. Trudności te wynikają popierwsze z przepełnienia Dekszni, a przedewszystkiem z tych niezdrowych warunków dzięki którym, każdy opiekun uważa chorego za swoją własność, a przynajmniej za źródło zasłużonego dochodu, który zdobył nieraz z niemałą zatratą energji, czasu i kosztu.*)

Dla tego też niesłychane trudności nastręczały się przy przeprowadzeniu redukcji do 6-ciu chorych**) i przy wyrównaniu płci chorych w poszczególnych domach, bo zamienić można było na chorego np. odmiennej płci jedynie przy zachowaniu innych (przedewszystkiem materjalnych) równorzednych warunków.

---

*) Opłata za chorych jest różna, stosunek rachunkowy często pozbawiony wszelkich formalności (gdy chodzi o chorych prywatnych) powstaje indywidualnie pomiędzy osobą, czy instytucją opłacającą za chorego, a opiekunem. Chodziło o to by Zarząd Oddziału, jak to ma miejsce w Oddziale Rudziskim, przejął całą rachunkowość za chorych i sam opłacał opiekunów. Do wprowadzenia tego projektu w życie zarząd odnosił się niezwykle opieszale; spotykałam tu ten sam bierny opór co we wszystkich niemal moich usiłowaniach.

**) Na moją prośbę Wojewódzki Urząd Zdrowia w Wilnie wydał zarządzenie zmniejszenia liczby chorych do 6-ciu, w domach, gdzie liczba ich tę cyfrę przekracza.

Przeprowadzenie tych zmian zabrało mi kilka miesięcy żmudnych i uciążliwych wysiłków. Wobec konieczności liczenia się z wyżej przytoczonemi okolicznościami-niestety bezinteresowne względy psychjatryczne musiały czasem ustępować przed życiową sprawiedliwością wobec opiekunów, którą jednak należało brać pod uwagę w tej przejściowej fazie od czasu bezprawia, gdzie chory był traktowany jedynie jako źródło dochodu, do zorganizowanej opieki. Bo dobro chorego może być zapewnione wtedy, gdy przedewszystkiem jego opiekun będzie zadowolony i zabezpieczony materjalnie. Niestety ten przełom, wymagający od mieszkańców wsi Deksznia wyrzeczenia się horoskopów na corazwiększe zarobki, które ich ożywiały i przygotowanie ich do myśli, że redukcja może postępować dalej, był konieczny, aczkolwiek trudny i przykry. Nie tylko przykry dla mnie i dla opiekunów, ale i dla chorych, którzy byli wciągani w atmosferę niepokoju i buntu, rozumiejąc zresztą doskonale, po której stronie leży ich korzyść.

Poza tą demoralizacją mieszkańców Dekszni, przy braku dostępu za małemi wyjątkami dla wejrzenia psychjatrycznego, mającego na widoku dobro chorego, nerwowość i niecierpliwość, właściwa tej rasie, doprowadzająca dziś jeszcze do wypadków bicia chorych pomimo pewnej niewątpliwej rutyny psychjatrycznej, nabytej w ciągu dziesiątków lat, nie stwarza — za nielicznemi wyjątkami — najlepszych warunków dla chorych.

Pomieszczenia dla chorych we wsi Deksznia, w domach, które od lat trudnią się opieką nad chorymi, specjalnie były uwzględniane w budowaniu, lub w rozbudowie domu.

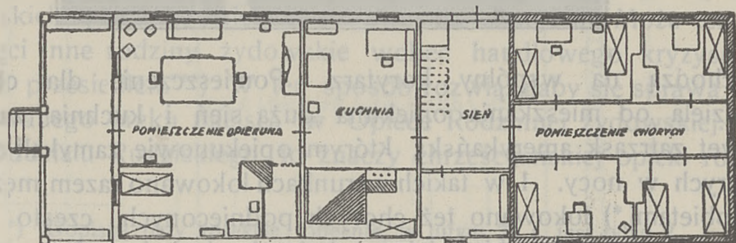


Fig. 10.

Fig. 10. przedstawia plan jednego z lepszych pomieszczeń dla chorych w jednym z najbogatszych domów we wsi. Jak widać pomieszczenie to dla chorych, jest osobno wybudowane, względnie dobudowane i składa się z 4-ch koszarowo urządzonych ubikacyj z minimum niezbędnego umeblowania, które się sprowadza

prawie wyłącznie do łóżka (Fig. 11), bez żadnej samorzutnej ze strony opiekunów dbałości o estetykę, która, stosowana pod wpływem nawoływań, pozostawia wiele jednak do życzenia. Celki

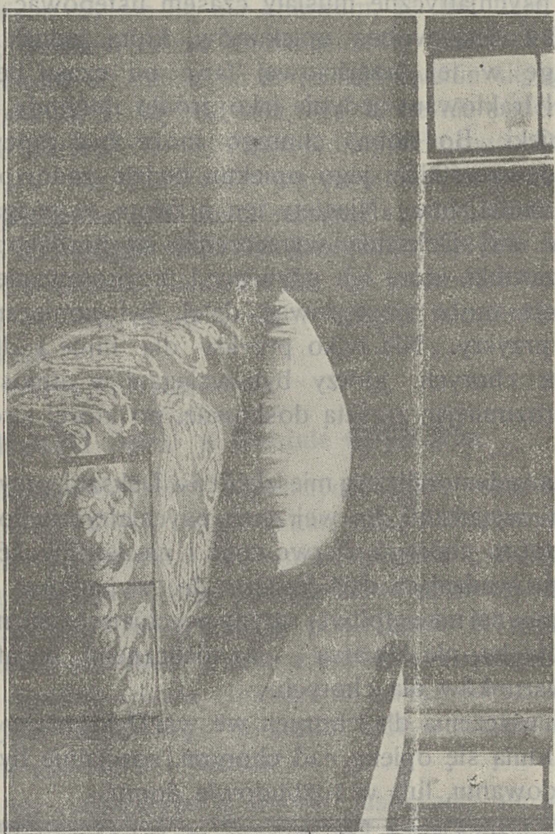


Fig. 11.

wychodzą na wspólny korytarz. Pomieszczenie dla chorych oddziela od mieszkania opiekuna duża sień i kuchnia; zastałam nawet zatrzask amerykański, którym opiekunowie zamykali się od chorych w nocy. I w takich warunkach lokowano razem mężczyzn z kobietami,*) lokowano też chorych podnieconych, często nienadających się do opieki rodzinnej, których nieraz zamykano na głucho, zaopatrując okna kratą, jeżeli pominąć łańcuchy i kajdany, które tam były stosowane.

*) Właśnie w tem mieszkaniu, którego plan podaję, zastałam 3 kobiety (z tych jedna erotycznie podniecona) i 5-ciu mężczyzn, odseparowanych w nocy od opiekuna za pomocą amerykańskiego zatrzasku.

Pomimo wprowadzenia ograniczeń co do liczby chorych do 6-ciu*), w Dekszni panuje jednak stłoczenie. Wynika to z tego, że przybywają tu nowe rodziny (obecnie rodzin opiekunów w Dekszni jest 46, chorych 156, chorych zaś w oddziale Olkiennickim 197). Ogółem chorych w Opiece Rodzinnej w początkach września przebywało 301. Rodziny zamieszkują bądź domy opróżnione na skutek redukcji chorych, bądź budują nowe domy w nadziei zysku z pielęgnowania chorych. Domy w Dekszni stawiane są blizko jeden drugiego; ogródków i miejsc spacerowych, po za ulicą, źle utrzymaną, prawie niema. Stąd to stłoczenie. Przecież obrotni dekszniarie starają się usilnie o nowych chorych. Jakkolwiek dziś żaden chory nie może być przyjęty do opieki rodzinnej bez mojej zgody i przydziału**), przecież stale poszczególni opiekunowie zgłaszają do mnie kandydaótw chorych, o których się wystarali, chociaż sprawa ta jest zwykle pozorowana osobistem zaufaniem rodziny chorego do danego opiekuna.

Warunki opieki w Lejpunach są niepomiernie lepsze. Przecież miejsc w Lejpunach też niewiele, opiece rodzinnej żydowskiej grozi przepełnienie. Innych wsi zamieszkałych przez żydów w pobliżu niema. Miasteczko Olkieniki zgłaszało się z prośbą o lokowanie u nich chorych. Urząd Wojewódzki na podstawie mojej opinji, w której kierowałam się widmem przepełnienia w żydowskich wsiach i przewidywałam ścisły i indywidualny dobór chorych do warunków miasteczkowych, oraz wybór odpowiednich opiekunów, wydało zezwolenie na umieszczanie w Olkienikach chorych, natomiast Starostwo Wil-Trockie, odmówiło swej zgody.

Dotąd jedna rodzina żydowska przesiedliła się do jednej z wsi litewskich po zapewnieniu, że otrzyma chorych. Może ten fakt zachęci inne rodziny żydowskie wobec handlowego kryzysu, do takich przesiedleń.***) W ten sposób rozwiązałaby się sprawa przewidywanego braku miejsca w Opiece Rodzinnej żydowskiej. Co do Oddziału Rudziskiego, to znaczy chrześcijańskiej opieki rodzin-

---

*) Dopisek przy korekcie: obecnie, w lutym 34 r. jest tylko 2.

**) Można sobie wyobrazić na jaki opór i bunt natrafił opiewający o tem punkt 5 regulaminu Opiekuna, który w mojem rozumieniu był dla racjonalnego postawienia opieki rodzinnej zasadniczy. Opór, który powodował nawet skłonność do ustępliwości i kompromisu czynników rządowych i samorządowych.

***) Uwaga przy korekcie: Obecnie w lutym 1934 r. mam już 5 takich rodzin żydowskich przesiedlonych do wsi litewskich, którzy opiekują się psychicznie chorymi.

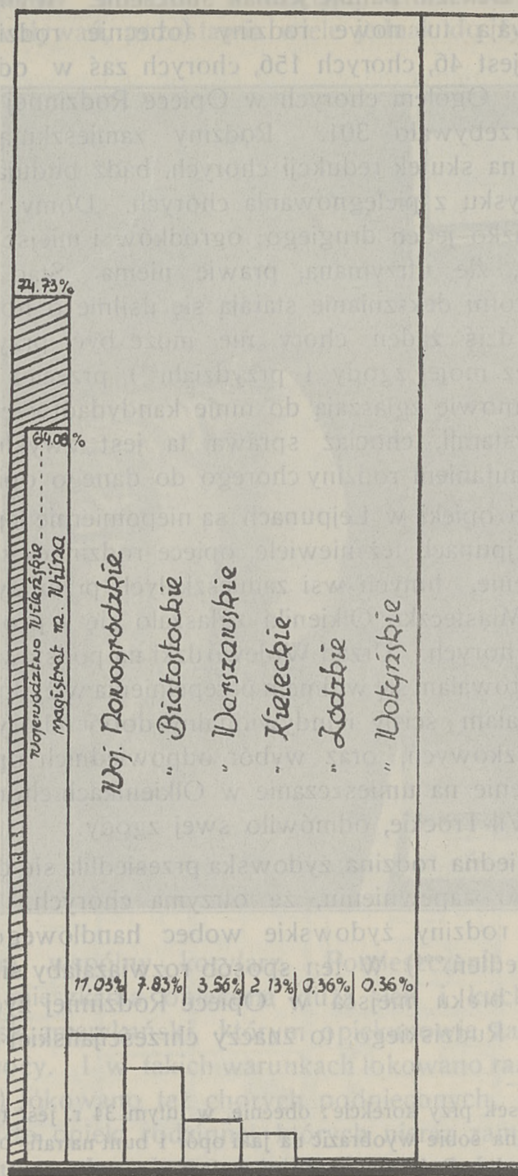


Fig. 12
Wykaz chorych pg. województw. w odziałkach w dniu 1 września 1933 r.

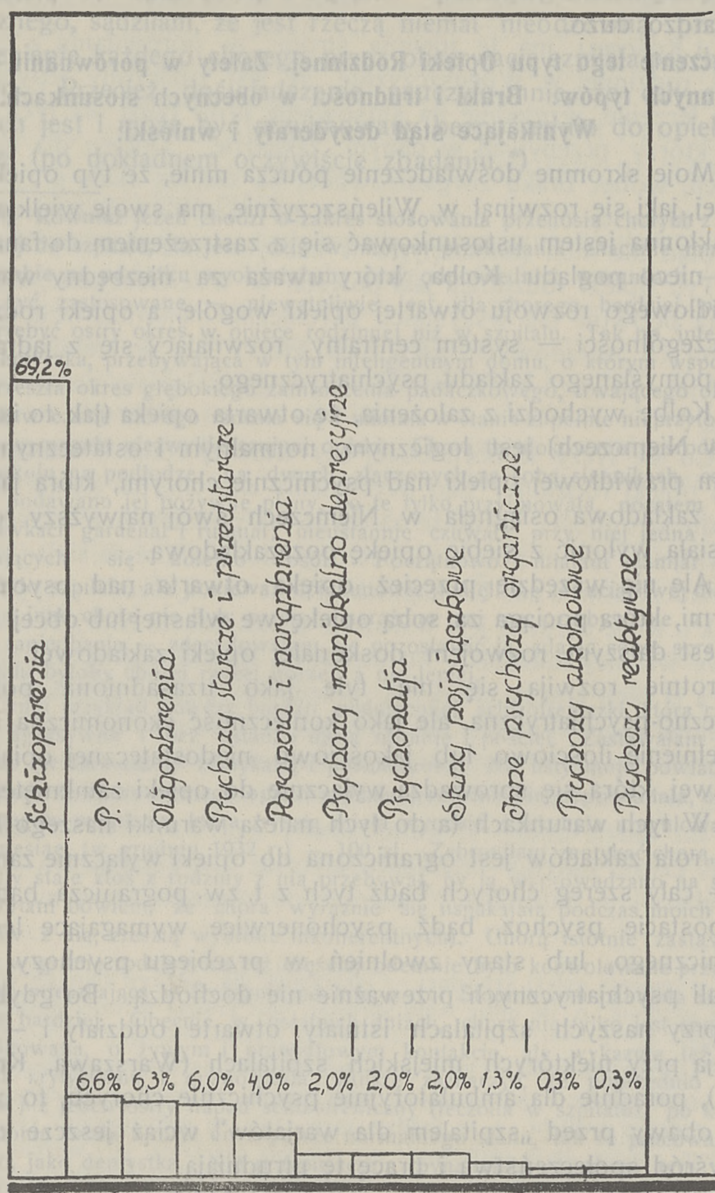


Fig. 13.
Wykaz chorych pg. rozpoznań w oddziałach w dniu 1 września 1933.

nej, obawy te nie zachodzą — miejsc i kandydatów na opiekunów jest bardzo dużo.

Znaczenie tego typu Opieki Rodzinnej. Zalety w porównaniu do innych typów. Braki i trudności w obecnych stosunkach. Wynikające stąd dezyderaty i wnioski.

Moje skromne doświadczenie poucza mnie, że typ opieki rodzinnej, jaki się rozwinął w Wileńszczyźnie, ma swoje wielkie zalety i skłonna jestem ustosunkować się z zastrzeżeniem do fanatycznego nieco poglądu Kolba, który uważa za niezbędny warunek prawidłowego rozwoju otwartej opieki wogóle, a opieki rodzinnej w szczególności — system centralny, rozwijający się z jądra szeroko pomyślanego zakładu psychjatrycznego.

Kolbe wychodzi z założenia, że otwarta opieka (jak to istotnie jest w Niemczech) jest logicznym, normalnym i ostatecznym rozwojem prawidłowej opieki nad psychicznie chorymi, która jako opieka zakładowa osiągnęła w Niemczech swój najwyższy rozwój i musiała wyłonić z siebie opiekę pozazakładową.

Ale nie wszędzie przecież opieka otwarta nad psychicznie chorymi, która pociąga za sobą opiekę we własnej lub obcej rodzinie, jest dalszym rozwojem doskonałej opieki zakładowej. Niejednokrotnie rozwija się nie tyle jako uzasadniona potrzeba społeczno-psychjatryczna, ale jako konieczność ekonomiczna i jako uzupełnienie ilościowo lub jakościowo niedostatecznej opieki zakładowej, która się sprowadza wyłącznie do opieki zamkniętej.

W tych warunkach (a do tych należą warunki naszego kraju) gdzie rola zakładów jest ograniczona do opieki wyłącznie zamkniętej — cały szereg chorych bądź tych z t. zw. pogranicza, bądź lekkie postacie psychoz, bądź psychonerwice wymagające leczenia psychicznego, lub stany zwolnień w przebiegu psychozy — do szpitali psychjatrycznych przeważnie nie dochodzą. Bo gdyby nawet przy naszych szpitalach istniały otwarte oddziały i — jeżeli istnieją przy niektórych miejskich szpitalach (Warszawa, Kraków, Łódź), poradnie dla ambulatoryjnie psychicznie chorych, to przesądy i obawy przed „szpitalem dla warjatów“ wciąż jeszcze kołaczą się wśród społeczeństwa i pracę tę utrudniają.

Faktem jest, że naogół szpital psychjatryczny jako taki, w naszych warunkach, nie obejmuje całego materjału chorych, którzy wymagają otwartej opieki, względnie opieki rodzinnej.

Gdy na początku swej pracy w opiece rodzinnej układałam regulamin przyjmowania chorych (który w końcu niniejszego załą-

czam) przesiąknięta trochę tradycjami zamkniętego zakładu psychjatrycznego, sądziłam, że jest rzeczą niemal nieodzowną, przeprowadzenienie każdego chorego przez obserwację szpitala psychjatrycznego. Przecież doświadczenie nauczyło mnie, że cały szereg chorych jest i może być przyjmowany bezpośrednio do opieki rodzinnej (po dokładnem oczywiście zbadaniu. *)

*) Również jeżeli chodzi o zakres stosowania przenosin chorych z opieki rodzinnej do szpitala, to jest dziś w mojem przekonaniu znacznie mniejszy, niż to sobie na początku wyobrażałam; przy odpowiednich warunkach — o ile mogą być zastosowane — niewątpliwie jest dla chorego bardziej pożądanem przebyć ostry okres w opiece rodzinnej niż w szpitalu. Tak np. inteligentna epileptyczka, przebywająca w tym inteligentnym domu, o którym wspomniałam, przeszła okres głębokiego zamroczenia padaczkowego, trwającego około 2 tygodni, w czasie którego rzucała się i miotała w stanie zupełnie nieprzytomnym tak, że wymagała niezwykle czujnej opieki. Chorą tę ulokowano pośrodku dużego pokoju na podłodze, na dwuch złączonych ze sobą siennikach, co parę godzin podawano jej pożywne płyny, bo te tylko przyjmowała, pozatem w dużych dawkach gardenal i rutanal; nieustannie czuwała przy niej jedna z 4-ch zmieniających się kolejno osób. Początkowo miałam zamiar chorą odesłać do szpitala, ale ponieważ opiekunowie podjęli się tej uciążliwej dla nich opieki, a inne chore nie były przez to narażone ani na przebywanie z chorą, ani na zaniedbanie — zdecydowałam się pozostawić ją, zdając sobie sprawę, że w szpitalu byłoby chorej raczej gorzej, a nie lepiej.

Drugi przykład dotyczy bardzo podnieconej schizofreniczki, która czasem bywała agresywna i bez ustanku darła ubranie i pościel. Zastawałam ją początkowo (w Deksznie), zamykaną i posiniaczoną. Na listy moje powiadamiające o tem, że chora wymaga opieki szpitalnej, rodzina nie odpowiadała, opiekunom zalegała w opłacie, która zresztą miała wynosić, i tak była uregulowana za 1-szy miesiąc, (w grudniu 1932 r.) — 100 zł. Zabroniłam zamykać chorą, poleciłam, by stale ktoś z rodziny z nią przebywał, by ją wyprowadzano na spacer (zauważyłam bowiem, że chora wyraźnie się uspakajała podczas moich wizyt i rozmów z nią, zresztą wybitnie inkoherentnych). Chorą istotnie zastawałam później w gronie rodziny, co też częściej odemnie było kontrolowane przez pielęgniarkę mieszkającą w Deksznie od lutego rb. Stopniowo uspakajała się chora coraz bardziej. Obecnie w ostatnich dniach, chora nie tylko jest spokojna, uporządkowana, o żywym i prawidłowym kontakcie, ale wykazuje też dużo trafnego krytycyzmu i opanowania. Muszę zaznaczyć, że poprzednio chora przebyła już jeden ostry napad schizofreniczny (leczona w szpitalu), po którym już w domu miała wrócić do zupełnie normalnego stanu, tak że pracowała zawodowo, jako dentystka. Nie przypuszczam bynajmiej, że chora tym razem powróciła do zdrowia dlatego, że była w Opiece Rodzinnej; zastanawiam się tylko nad tem, czy w tym swoim ostrym okresie miałaby dla siebie istotnie lepsze warunki w szpitalu niż w Opiece Rodzinnej pod kierunkiem lekarza i ścisłą kontrolą pielęgniarki. Pomimo tych refleksyj, jestem przecież daleka, jak to już zaznaczyłam — od zdania Gérenyi'ego, które cytowałam na początku, i uważam, że są jednak dość liczne przypadki, które się do opieki rodzinnej nie na-

Adneksyjny typ opieki rodzinnej na wzór Erlagen, istniejący niestety tylko w dwuch naszych zakładach psychjatrycznych (Dziekanka i Kościan) ma tę ujemną stronę, w porównaniu z typem opieki rodzinnej w Wileńszczyźnie, że jest obliczony jedynie na dalsze leczenie, względnie na stosowanie prób tylko dla tych chorych, którzy przebywali w danym zakładzie. Dostęp dla innych chorych, wobec braku zorganizowanej na szerszą skalę przy szpitalach otwartej opieki z poradniami dla chorych ambulatoryjnych, jest dotąd dla nich zamknięty, a w każdym razie trudny*).

Typ opieki rodzinnej, jaki powstał w Wileńszczyźnie, szeroko otwiera podwoje dla wszystkich psychicznie nienormalnych, zarówno chorych zakładowych, jak i tych, którzy, nie potrzebując opieki szpitalnej, uniknęli jej, a przecież wymagają, by się niemi zaopiekować.

Co się tyczy wyboru obcej czy własnej rodziny dla sprawowania opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi, to jestem daleka od jednostronności, wszakże zarówno na podstawie teoretycznych przewidywań jak i na podstawie pewnego doświadczenia, sądzę wbrew doświadczeniom u nas Dr. Łapińskiego, że w większości przypadków jednak o wiele bardziej jest wskazane umieszczanie chorych w obcej, niż we własnej rodzinie. Po pierwsze, gdy chodzi o schizofreników, a o nich wszak chodzi tu przedewszystkiem, ich chorobliwie zmieniona uczuciowość, nastawia często wrogo do własnej rodziny; po drugie — rodziny tych chorych wykazują mniej opanowania, wyrozumiałości i taktu w stosunku do swych chorych członków, niż ludzie obcy. Z jednej strony wpływa na to ich usposobienie, często psycho- lub neuropatyczne; z drugiej strony ich silnie zabarwiony uczuciowy stosunek do chorego, który nie pozwa-

---

dają i wymagają opieki szpitalnej — jakkolwiek dla samego chorego właściwa opieka rodzinna, o ile może temu sprostać, jest zawsze bardziej pożądana niż szpitalna.

*) Pozatem wydaje mi się, że niejednokrotnie chorzy muszą traktować swoje przebywanie w adneksyjnym typie opieki rodzinnej, jako jednak dalszy swój pobyt w szpitalu, a w każdym razie czują jej nierozerwalny związek ze szpitalem. Sądzę, że ta okoliczność nie jest bez znaczenia, gdy weźmiemy pod uwagę, że chorzy naogół bardzo niechętnie wspominają swój pobyt w szpitalu. Nawet w tych stosunkowo swobodnych i dobrych warunkach, zupełnie oderwanych od szpitala, jakie chorzy mają w oddziale Rudziskim Opieki Rodzinnej, niejednokrotnie przecież obserwuję, jak niektórym chorym ciąży ten pobyt w „warjackiej kolonji", jak domagają się powrotu do domu, względnie całkowitej swobody osobistej.

la na objektywne ustosunkowanie się do chorobliwych objawów. Są przecież przypadki, niewątpliwie znacznie rzadsze, w których opieka we własnej rodzinie jest jednak pożądana. Są to chorzy, którzy wybitnie do swej rodziny tęsknią, a w jej środowisku znajdują odpowiednie dla siebie warunki i chorzy, których, przyzwyczajonych do życia miejskiego, męczy pobyt na wsi i których stan pozwalałby na pobyt w mieście, a w każdym razie na przeprowadzenie odpowiedniej próby.

Niestety jestem w tych razach skrępowana względami materjalnemi, gdy chodzi o chorych za których płaci magistrat (mówię wyłącznie o chorych pochodzących z m. Wilna, bo tylko tych chorych warunki domowe mam możność poznać, przeprowadzić dozór i kontrolę nad opieką we własnej rodzinie i ocenić jej skutki); spotykam bowiem pewne trudności ze strony magistratu w tej sprawie, sądzę jednak, że uda mi się z czasem je zwalczyć i te próby zapoczątkować. Gdyby te próby okazały się korzystne i znalazły szersze zastosowanie, opieka homofamilijna w Wilnie, która narazie byłaby tylko filją istniejących oddziałów Rudziskiego i Olkienickiego, mogłaby utworzyć z czasem 3-ci oddział Stowarzyszenia — Wileński.

Do wielkich braków, które nieraz utrudniają stawianie wymagań opiekunom, jest niewypłacalność wielu chorych, czy to prywatnych, czy też skierowanych przez samorządy. Łączy się z tem poniekąd drugi wielki brak, który odczuwałam nieraz dotkliwie: niesłychane skrępowanie, gdy chory wymaga opieki szpitala psychjatrycznego. Nie tyczy się to zupełnie chorych Magistratu Wileńskiego, których sprawa jest idealnie rozwiązana i z całą swobodą w razie potrzeby przenoszę chorych z opieki rodzinnej do szpitali miejskich, czy to na oddział psychjatryczny, czy na jakikolwiek inny, gdy potrzebują pomocy lekarskiej w innej specjalności. Natomiast w stosunku do wszystkich innych chorych jest się czasem bezradnym. Szpitale żądają opłaty zgóry za 2 miesiące, zobowiązania płatniczego, a tu chodzi często o chorych zalegających czasem dłuższy czas w opłacie, których pozostawienie w opiece rodzinnej jest jednak przeciwwskazane, bądź ze względu na nich samych, bądź na opiekunów, czy też ze względu na innych chorych. Samorządy czy rodziny na korespondencję w tej sprawie nie odpowiadają, nie zgłaszają się po chorych, a opiekun, względnie Zarząd Oddziału nie chce odwozić na swój koszt chorego w obawie, że nie otrzyma zwrotu kosztów. Sprawa ta, moim zdaniem, musi znaleść ja-

kieś ustawowe oparcie, zarówno jak i sprawa regularnego opłacania za chorych.

Sprawa opłat za chorych w Opiece Rodzinnej, która dotąd nie otrzymuje żadnego subsydjum, jest mojem zdaniem, bardziej paląca niż w szpitalach, które nawet wobec pewnego odsetku niepłacących chorych, zdołają pokryć deficyt, zwłaszcza jeśli otrzymują subsydja rządowe lub samorządowe. Byt materjalny gospodarzy w Dekszni, gdzie jest duży odsetek niepłacących chorych, jest nagół zły; większość jest zadłużona, bierze produkty na kredyt, z czego oczywiście dostawcy ciągną zyski. Taki stan rzeczy niewątpliwie odbija się niekorzystnie na chorych.

Uważałabym za pożądane, żeby ustawa psychjatryczna:

1). Uwzględniła ten typ Opieki Rodzinnej, który samorzutnie powstał w Wileńszczyźnie i rozwija się samodzielnie, a nie jako urządzenie pomocnicze dla szpitali, które dotychczasowy projekt ustawy przewiduje,

2) przewidziała warunki zabezpieczające regularną opłatę za chorych w Opiece Rodzinnej.

3). Trzecia sprawa, która musi się znaleść w ustawie, to zobowiązanie szpitali odpowiednich dzielnic, skąd pochodzą chorzy, do przyjmowania chorych z Opieki Rodzinnej bez żadnych zobowiązań ani opłat zgóry. Opieka Rodzinna przedstawi jedynie odpis zobowiązania płatniczego wydanego Opiece Rodzinnej i pod tym adresem szpital sam będzie ściągał należność (częściowo-prawdasprawę zaspokojenia potrzeb opieki szpitalnej rozstrzygnęłoby zorganizowanie infirmerji, ale tylko częściowo.)

4). Wystawianie świadectw lekarskich dla umieszczenia chorych z poza szpitala psychjatrycznego względnie wypełnianie kwestjonarjuszy powinnoby być dokonywane przez lekarzy psychjatrów*).

5). Ustawa powinna też koniecznie, bardzo wyraźnie, zastrzedz. że obca rodzina nie może samowolnie brać pod opiekę chorych psychicznie, że każdy chory znajdujący się w obcej rodzinie podlega kontroli, nadzorowi i przepisom organizacji Opieki Rodzinnej,

*) Zdarzały się wypadki, że zainteresowane urzędy, nawet w osobach lekarzy, chorego spokojnego opinjowały jako agresywnego i niebezpieczego, licząc widocznie na to, że podobnie jak w szpitalu, chory i tu z takiem orzeczeniem będzie łatwiej przyjęty. Odwrotnie też, gdy wiadome były warunki przyjmowania pacjentów do Opieki Rodzinnej, chorych niespokojnych opinjowano jako spokojnych, by na tańszych warunkach, jakoś sprawę opieki nad chorym załatwić.

której zakres działania należałoby rozszerzyć i na pozostałe województwa*)

6). Szósty wniosek wreszcie dotyczyłby uzyskania od Rządu subsydjum dla przeprowadzenia urządzeń koniecznych dla prawidłowej organizacji Opieki Rodzinnej.

Uwaga: Wnioski powyższe (za wyjątkiem 4, które dodałam po wykończeniu referatu) złożone Zarządowi głównemu Polskiego Tow. Psychjatrycznego dla nadania im dalszego biegu, jednocześnie skierowałam do departamentu Służby Zdrowia Min. Op. Społ.

Regulamin dla Opiekuna.

1) Opiekunem może być jedynie człowiek uczciwy, sumienny, zrównoważony, nienadużywający alkoholu i wykazujący życzliwość i współczucie dla cudzych nieszczęść.

2) Opiekunem może być stały mieszkaniec terenu danego Oddziału Stowarzyszenia Opieki Rodzinnej nad psychicznie chorymi, który jest członkiem tego Stowarzyszenia.

3) Dla zostania członkiem Stowarzyszenia kandydat winien zgłosić swoją kandydaturę na członka do Zarządu Stowarzyszenia i w razie przyjęcia go przez zarząd podpisać deklarację przystąpienia do Stowarzyszenia, wpłacając wpisowe.

4) Opiekunowi chory zostaje przydzielony przez lekarza-kierownika O. R. za pośrednictwem siostry pielęgniarki.

5) Chory nie może być przyjęty do Opieki Rodzinnej przez opiekuna bez odnośnego zarządzenia lekarza-kierownika Opieki

*) Ten piąty punkt moich wniosków nasuwa mi obecny stan rzeczy, kied notorycznie rodziny nie należące do organizacji zdobywają sobie chorych, czasem nawet od Samorządów i Kas Chorych. Szczególnie jaskrawa i nie do tolerowania jest żywotność przedsiębiorcza w tym kierunku jednego z najobrotniejszych mieszkańców Dekszni, który posiada „na stronie" w woj. Nowogródzkim kolonje gdzie w rodzinach chrześcijańskich umieszcza zdobytych chorych, których przepisy organizacji nie pozwalają mu trzymać w Dekszni. Zdarzały się wypadki, że ów przedsiębiorca przechwytywał chorych, których ja dyskwalifikowałam do Opieki Rodzinnej. Za jego przykładem idą inni, którzy przechwytują lub nawet przehandlowują chorych, kierowanych do naszej organizacji. Te punkty Opieki Rodzinnej, nie należące do organizacji są przytem źródłem demoralizacji i fermentu, niezadowolenia wśród opiekunów zrzeszonych w organizację, którzy w przeciwieństwie do niezrzeszonych muszą podlegać ograniczeniom, opodatkowaniu i kontroli.

Rodzinnej. W przeciwnym razie opiekun zostaje wykreślony z listy członków Stowarzyszenia Opieki i chorzy przebywający dotąd pod jego opieką przeniesieni do innych opiekunów-członków Stowarzyszenia.

6) Opiekun wyznaczony dla przyjęcia chorego otrzymuje od Zarządu Stowarzyszenia na przygotowanie pomieszczenia dla chorego 10 zł. zaliczki bezzwrotnej i 20 zł. zaliczki zwrotnej, — płatnej w ciągu 4 miesięcy po 5 zł. miesięcznie.

7) Opiekun otrzymuje zą chorego opłatę do Zarządu Stowarzyszenia po upływie miesiąca. Opłata wynosi sumę, którą Zarząd otrzymuje za chorego z potrąceniem na fundusz Stowarzyszenia odsetków, wysokość których uchwala Walne Zgromadzenie Członków Oddziału. Od tej opłaty potrąca się również zwrot zaliczki i kary pieniężne wymierzone opiekunowi w ciągu miesiąca.

8) Opiekun, któremu został przydzielony chory, obowiązany jest przyjąć chorego na stacji kolejowej lub autobusowej; podobnie musi go dostarczyć do stacji w razie opuszczenia przez chorego kolonji.

9) Opiekun zobowiązuje się traktować chorego, którego przyjmuje pod swoją opiekę na równi z członkami swej rodziny, to znaczy; chory, który się temu szczególnie nie opiera, powinien przebywać w ciągu dnia w towarzystwie opiekuna i jego domowników, jadać z nimi przy wspólnym stole, wspólnie z nimi pełnić pracę i korzystać z rozrywek, dozwolonych przez lekarzy.

10) Chory psychicznie powinien mieszkać w tym samym mieszkaniu i w tym samym budynku, co opiekun tak, żeby opiekun w każdej chwili mógł nad nim czuwać i oddziaływać na niego.

11) Niedozwolone jest opiekowanie się chorymi za pośrednictwem sił najemnych specjalnie do tego zaangażowanych.

12) Opiekun przy przyjęciu chorego otrzymuje dla niego od osoby lub instytucji umieszczającej go ubranie, które opiekun zobowiązuje się kompletować. Chory przebywający w Opiece Rodzinnej powinien posiadać 3 zmiany bielizny osobistej, 1 ubranie zimowe 1 letnie, ciepłe palto, buty (buciki), letnie obuwie, okrycie głowy zimowe i letnie, 4 chustki do nosa. W razie opuszczenia przez chorego opiekuna, chory otrzymuje od niego tylko ubranie odpowiadające temu ubraniu, które ze sobą wniósł.

13) Opiekun jest obowiązany dać choremu czyste, jasne, ciepłe, wybielone i opatrzone lufcikami pomieszczenie, które lekarz uznał za odpowiednie dla ulokowania psychicznie chorego.

14) Chory winien otrzymać własne łóżko, siennik, poduszkę, koc i 2 prześcieradła. Bielizna pościelowa musi być zmieniana raz na 2 tygodnie. Zarówno prześcieradła jak i poszewki powinny być z niefarbowanego matęrjału.

15) Bielizna osobista chorego musi być zmieniana co najmniej raz na tydzień.

16) W pokoju chorego powinna być ustawiona umywalka, nad nią przybita półeczka, na której chory powinien mieć własne mydło, szczoteczkę do zębów, grzebień, wzgl. szczoteczkę do włosów. Każdy chory powinien mieć również własny ręcznik, zmieniany co tydzień.

17) Chory musi mieć własny kubeczek, miseczkę, talerz, łyżkę, łyżeczkę, a także nóż i widelec, o ile niema przeciwko temu zastrzeżeń lekarza.

18) W pokoju chorego powinna stać spluwaczka.

19) Opiekun powinien czuwać nad tem, by chory codziennie mył się do połowy i czyścił zęby, 2 razy tygodniowo mył nogi, a jeden raz na tydzień się kąpał.

20) Opiekuni powinni zachęcać chorego, by sam dbał o czystość i porządek, by sam koło siebie sprzątał (słał łóżko, zamiatał pokój, zmywał naczynie) by dbał o estetykę mieszkania, starał się je upiększać. O ile jednak z powodu swojej choroby nie daje się zachęcić do tych czynności, posługi te powinien spełniać opiekun.

21) Chory musi być dobrze żywiony. Ilość chleba spożywana przez chorego powinna być nieograniczona -- chory powinien dostawać conajmniej 3 razy tygodniowo mięso — pozostałe jedzenie musi być dobrze okraszone.

22) Chorzy palący powinni otrzymywać umiarkowaną ilość machorki.

23) Opiekun powinien starać się zainteresować chorego jakąś pracą i namówić go do niej. Nie należy jednak gwałtem przymuszać chorego do pracy, ani pozwalać jemu przepracowywać się zbytnio.

24) Wydawanie machorki lub szczególnego dodatku do zwykłego jedzenia (miód, masło, bułka, owoce i t. p.) można wykorzystać dla zachęcenia chorego do pracy, obiecując je w nagrodę za spełnione zadanie.

25) Opiekun powinien również dbać o rozrywki dla chorych:
   a) w niedzielę lub w szabas i w święta prowadzić ich do kościoła lub bożnicy.

b) odpowiednich chorych wskazanych przez lekarza należy prowadzić od czasu do czasu na zabawy, na których się nie używa alkoholu. Na zabawie opiekun powinien roztaczać nad chorymi baczną opiekę,

c) w miarę możności opiekun powinien dbać o to by chorym inteligentnym dostarczać pism i książek,

d) kobietom należy w miarę potrzeby dostarczać materjału do ręcznych robótek.

26) Chorym należy ułatwiać porozumiewanie się z rodziną, wydając im na ich prośbę papier listowy wzgl. pocztówki i wysyłając ich listy.

27) Naogół obchodzenie się z chorymi powinno być spokojne, łagodne i wyrozumiałe, w wypadkach gdy chory odosabnia się, zamyka się u siebie, należy usiłować wciągać chorego do wspólnego obcowania.

28) O każdym wypadku podniecenia, napadu, krzywdy, wyrządzonej przez chorego, próby samobójczej, silnego stanu przygnębienia lub zachorowania chorego opiekun winien niezwłocznie meldować siostrze pielęgniarce.

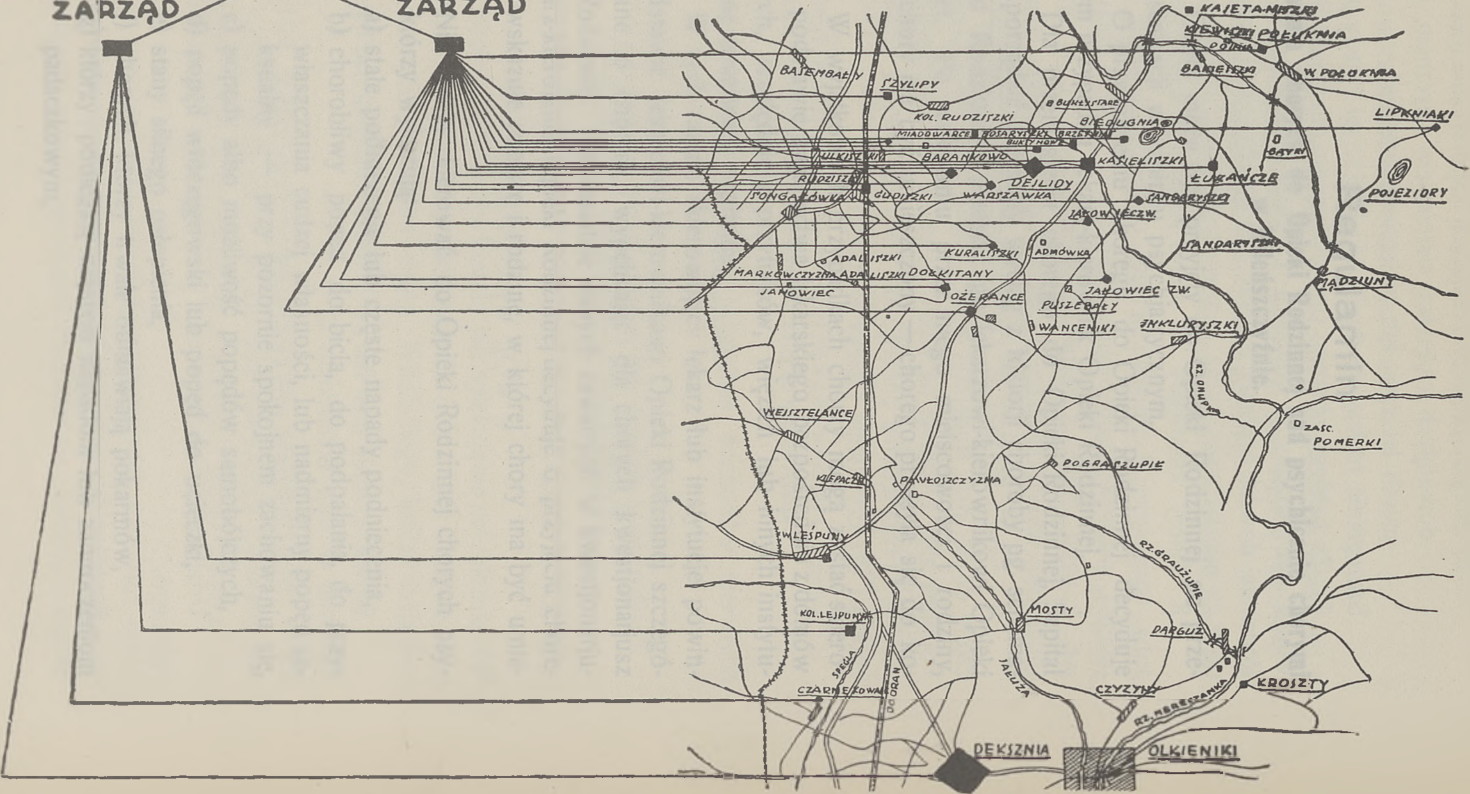
29) wszelkie wyrządzone przez chorych szkody należy meldować Zarządowi Stowarzyszenia Opieki Rodzinnej. Zarząd według własnego uznania, na podstawie sporządzonego protokółu będzie pokrywał wyrządzone szkody.

30) Za nieprzestrzeganie powyższych przepisów opiekun będzie podlegał karze w postaci pisemnego upomnienia, kary pieniężnej do 10 złotych, lub wykreślenia go z listy członków i odebrania chorych.

31) Za szczególnie gorliwe wywiązywanie się z zadania, 1 raz do roku będą wydawane 3 nagrody pieniężne: I — wysokości 50 zł. II — 30 zł. i III — 15 złotych.

Zobowiązuję się wypełniać powyższy regulamin

Podpis opiekuna



ZARZĄD WOJEWÓDZKI
LEKARZ
ODDZIAŁ OLKIENICKI
ZARZĄD
KIEROWNIK
ODDZIAŁ RUDZISKI
ZARZĄD
PLAN
ROZMIESZCZENIA CHORYCH
KAJETANISZKI
POŁUKNIA
BAJKEIŚKI
W. POŁUKNIA
LIPKNIAKI
BAYRI
POJEZIORY
ŁUKAŃCZE
SANDARYSZKI
PIĄDZIUNY
BASEMBAŁY
SZYLIPY
KOL. RUDZISZKI
BIEDUGNIA
MIADOWARCE
KOSARYSZKI
BRZEZINA
BUKTY NOWE
ULKISZKI
BARANKOWO
KAŚIELISZKI
RUDZISZKI
DEJLIDY
SONGAŁÓWKA
GUDIŃSZKI
WARSZAWKA
JAŁOWIECCZW.
KURALISZKI
ADMÓWKA
ADALIŚZKI
MARKOWCZYZNA
DOŁKITANY
JANOWIEC
OŻERANCE
JAŁOWIEC ZW.
PUSZCZBAŁY
WANCENIKI
INKLUPYSZKI
RZ. ONUPKA
ZASC. POMERKI
WEJSZTELANCE
POGRAŻUPIE
KIEPACZE
PAWŁOSZCZYZNA
WLEŚPUNY
RZ. GRAŻUPIE
KOL. LEJPUNY
MOSTY
DARGUŻ
SPEGLA
CZARNIEZOWA
JAŁUŻA
CZYZYNY
RZ. MERECZANKA
KROSZTY
DEKSZNIA
OLKIENIKI

b) odpowiednich chorych wskazanych przez lekarza należy prowadzić od czasu do czasu na zabawy, na których się nie używa alkoholu. Na zabawie opiekun powinien roztaczać nad chorymi baczną opiekę;

c) w miarę możności opiekun powinien [illegible] chorym inteligentnym dostarczać [illegible] i książek;

d) kobietom należy w miarę potrzeby dostarczać materiału do ręcznych robótek.

26) Chorym należy umożliwić porozumiewanie się z rodziną, wydając im na ich prośbę papier listowy, [illegible] pocztówki i wysyłając ich listy.

27) Naogół obchodzenie się z chorymi powinno być spokojne, łagodne i wyrozumiałe; w wypadkach, gdy chory odosabnia się, zamyka się w sobie, należy łagodnie wciągać chorego do wspólnego obcowania.

28) O każdym wypadku [illegible] krzywdy wyrządzonej przez chorego, [illegible] stanu wy- [illegible] przygnębienia lub zaniepokojenia chorego [illegible] niezwłocznie meldować zaraz pielęgniarce.

29) Wszelkie wyrządzone przez chorego szkody należy zgłaszać Zarządowi Stowarzyszenia Opieki Rodzinnej. Zarząd według własnego uznania, na podstawie sporządzonego protokółu będzie pokrywał wyrządzone szkody.

30) Za nieprzestrzeganie powyższych przepisów opiekun będzie podlegał karze w postaci pisemnego upomnienia, kary pieniężnej do 10 złotych, lub wykreślenia go z listy członków i odebrania chorych.

31) Za szczególnie gorliwe wywiązywanie się z zadania, raz do roku będą wydawane 3 nagrody pieniężne: I w wysokości 50 zł. II — 30 zł. i III — 15 złotych.

Zobowiązuję się wypełniać powyższy regulamin.

Podpis opiekuna

Regulamin

przyjmowania chorych do Opieki Rodzinnej nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie.

1. Chory może być przyjęty do Opieki Rodzinnej po przebytej obserwacji w szpitalu psychjatrycznym.

2. O przydzieleniu chorego do Opieki Rodzinnej decyduje w każdym przypadku lekarz-kierownik Opieki Rodzinnej.

3. Dla przeniesienia chorego do Opieki Rodzinnej, Szpital winien sporządzić dokładny wyciąg z historji choroby pg. schematu Opieki Rodzinnej i przesłać go lekarzowi-kierownikowi Opieki Rodzinnej. Po wskazaniu przez niego miejscowości i rodziny, w której chory ma być umieszczony — chorego przesyła się do kolonji.

4. W wyjątkowych przypadkach chorzy mogą zostać skierowani na podstawie świadectwa lekarskiego bezpośrednio z domów rodzinnych, względnie z przytułków, więzień lub innych instytucyj — bez obserwacji szpitalnej.

5. W tych razach skierowujący lekarz lub instytucje powinny przedstawić lekarzowi-kierownikowi Opieki Rodzinnej szczegółowo dane o chorym, wypełniając dla chorych kwestjonarjusz Opieki Rodzinnej. Na zasadzie danych zawartych w kwestjonarjuszu, lekarz-kierownik Opieki Rodzinnej decyduje o przyjęciu chorego oraz wskazuje miejsce i rodzinę, w której chory ma być umieszczony.

6. Nie należy kierować do Opieki Rodzinnej chorych psychicznie, którzy wykazują:

a) stałe podniecenie lub częste napady podniecenia,
b) chorobliwy popęd do bicia, do podpalania, do przywłaszczania cudzej własności, lub nadmierny popęd seksualny — przy pozornie spokojnem zachowaniu się,
c) popędy albo możliwość popędów samobójczych,
d) popęd włóczęgowski lub popęd do ucieczki,
e) stany silnego osłupienia,
f) chorych, którzy trwale odmawiają pokarmów,
g) którzy podlegają częstym napadom lub zamroczeniom padaczkowym,

h) chorych zanieczyszczających się, fizycznie niedołężnych, dotkniętych cięższem cierpieniem fizycznem, wymagających leczenia, lub pielęgnacji szpitalnej.

Szczególnie nadają się do Opieki Rodzinnej chorzy pracujący.

7. Za każdego chorego przyjmowanego do Opieki Rodzinnej winien być złożony w kancelarji Zarządu Stowarzyszenia Opieki Rodzinnej dowód osobisty, świadectwo przynależności gminnej, opłata za miesiąc zgóry, oraz zobowiązanie płatnicze na przyszłość.

8. Chory kierowany do opieki Rodzinnej winien wnieść ze sobą conajmniej 2 zmiany bielizny osobistej (koszule, kalesony (majtki), skarpetki, (pończochy), 4 chustki do nosa, 1 ubranie zimowe, 1 palto ciepłe, 1 czapkę (chustkę, kapelusz), 1 parę butów (bucików); wszystkie te rzeczy muszą być w dobrym stanie.

9. Chory przyjęty do Opieki Rodzinnej powinien być dostarczony do St. Kol. Rudziszki albo Olkieniki lub stacji autobusowej Połuknia albo Olkieniki na koszt instytucji skierowującej lub opiekunów. Przewiezienie chorego od stacji do miejsca umieszczenia chorego urzeczywistnia Opieka Rodzinna.

Uwaga: Lekarz-kierownik przyjmuje w sprawach Opieki Rodzinnej: poniedziałki i piątki od godz. 17-ej do 18-ej (adres: Wilno, Tatarska 2 m 3).

STATUT STOWARZYSZENIA.

„OPIEKA RODZINNA nad PSYCHICZNIE CHORYMI" w WOJ. WILEŃSKIEM.

NAZWA.

§ 1.

Stowarzyszenie nosi nazwę „Opieka Rodzinna nad Psychicznie Chorymi w woj. Wileńskiem".

TEREN DZIAŁALNOŚCI I SIEDZIBA.

§ 2.

Działalność Stowarzyszenia obejmuje teren Województwa Wileńskiego.

§ 3.

Siedzibą Zarządu Wojewódzkiego Stowarzyszenia jest miasto Wilno.

CEL STOWARZYSZENIA I ŚRODKI DZIAŁANIA.

§ 4.

Stowarzyszenie jest jednostką prawną.

§ 5.

Stowarzyszenie stawia sobie za cel roztoczenia właściwej opieki nad psychicznie chorymi, oddanymi pod opiekę rodzinną.

Dla osiągnięcia tego celu Stowarzyszenie:

a) czuwa nad należytem sprawozdaniem opieki nad poszczególnymi chorymi;

b) organizuje ogólną opiekę nad psychicznie chorymi, znajdującymi się w Opiece Rodzinnej, dostarczając jej kierownika, lekarzy i siostry-pielęgniarki względnie inny personel; zakładając i utrzymując apteczkę, infirmerję, domy rozrywkowe dla chorych, łaźnie i t. d.

§ 6.

Środki materjalne, potrzebne do wyżej wymienionego działania Stowarzyszenia czerpie ze swego funduszu, który powstaje z:

a) wpisowych,

b) składek członkowskich,

c) kar pieniężnych,

d) dobrowolnych datków, względnie dochodów niestałych.

SPOSÓB WSTĘPOWANIA I USTĘPOWANIA CZŁONKÓW ORAZ ICH PRAWA I OBOWIĄZKI.

§ 7.

Członkami Stowarzyszenia są:

a) osoby, które bezpośrednio nie opiekują się psychicznie chorymi, a które chcą pracować dla dobra tych chorych, oraz

b) mieszkańcy Województwa Wileńskiego, którzy mają pod swoją opieką psychicznie chorych.

§ 8.

Osoba pragnąca stać się członkiem Stowarzyszenia, winna zgłosić swoją kandydaturę do Zarządu odnośnego Oddziału Stowarzyszenia O. R., który decyduje o przyjęciu jej na członka.

§ 9.

Przy wstąpieniu do Stowarzyszenia, członek podpisuje deklarację wstąpienia, płaci wpisowe, ustalone przez Walne Zgromadzenie, a następnie składki miesięczne, na które się składają :

1) dla członków opiekunów potrącenia w odsetkach od normalnej miesięcznej opłaty za chorego; zarówno wysokość normalnej miesięcznej opłaty, jak i wysokość odsetek uchwala Walne Zgromadzenie Oddziału, a zatwierdza Zarząd Wojewódzki;
2) Członkowie nie opiekunowie — płacą miesięczne składki w wysokości, uchwalonej na Zjeździe Delegatów.

UWAGA: Członkiem kategorji b) § 7. może być tylko jeden członek rodziny, opiekującej się psychicznie chorym, w razie jeżeli w rodzinie znajduje się więcej psychicznie chorych, niż jeden, opłata członkowska od Stowarzyszenia wynosi sumę potrąceń od każdego chorego.

§ 10.

Członek-Opiekun przelewa prawo pobierania opłat normalnych (p. 1 § 9) za chorego na Zarząd odnośnego oddziału Stowarzyszenia, który podejmuje kwoty od instytucji i poszczególnych osób.

UWAGA: Za zgodą Zarządu opiekun może opłaty za chorych od poszczególnych osób pobierać bezpośrednio od nich.

§ 11.

Za przewinienie członków-opiekunów w stosunku do chorych, za niestosowanie się do § Statutu, za nieprzestrzeganie „regulaminu dla opiekuna" Zarząd sam, lub na wniosek lekarza-kierownika O. R., może stosować kary: w postaci upomnień pisemnych, kar pieniężnych, wreszcie wykreślenia opiekuna z listy członków Stowarzyszenia. Zarówno ukarany członek, jak i lekarz może odwołać się od decyzji Zarządu Oddziału Wojewódzkiego w pierwszym wypadku przez lekarza-kierownika.

§ 12.

Za szczególnie gorliwe, należyte sprawowanie opieki nad chorymi Zarząd wypłaca w miarę możności raz na rok 3 nagrody pieniężne na wniosek lekarza-kierownika.

§ 13.

Wysokość świadczeń w postaci wpisów, potrąceń, nagród, zaliczek i t. p. i sposób ich ściągania na rzecz Stowarzyszenia, normuje regulamin, uchwalony przez Walne Zgromadzenie Oddziału i zatwierdzony przez Zarząd Wojewódzki.

§ 14.

Wykreślenie członka ze Stowarzyszenia O. R. może nastąpić na własne żądanie członka, lub też może być wykreślony ze Stowarzyszenia O. R. przez uchwałę Zarządu, lub na wniosek lekarza-kierownika, po zatwierdzeniu w obu ostatnich wypadkach przez Zarząd Wojewódzki.

Zarząd Oddziału ma prawo wykreślić z listy członków Stowarzyszenia członka nie opiekuna (a § 7) po nieuiszczeniu przez niego 3-ch miesięcznej składki.

ORGANY STOWARZYSZENIA.

§ 15.

Organami Stowarzyszenia są:

a) Zjazd Walny Delegatów,
b) Zarząd Wojewódzki.
c) Walne Zgromadzenie członków Oddziału,
d) Zarządy Oddziałów,
e) Komisja Rewizyjna.

WALNY ZJAZD DELEGATÓW:

§ 16.

Zarząd Wojewódzki zwołuje raz do roku w drugim kwartale Zjazd Walny Delegatów, w którym biorą udział, jako delegaci, członkowie Zarządu Wojewódzkiego oraz członkowie wszystkich Zarządów Oddziałów, oraz przedstawicieli tych urzędów gminnych na terenie których funkcjonują oddziały.

§ 17.

Zjazd Walny Delegatów rozpatruje i zatwierdza sprawozdanie roczne, oraz udziela absolutorjum ustępującemu Zarządowi, a także rozpatruje ważniejsze sprawy Stowarzyszenia, przedłożone przez Zarząd Wojewódzki.

§ 18.

Zmiana Statutu i rozwiązania Stowarzyszenia może być dokonana tylko kwalifikowaną większością 2/3 głosów uprawnionych do głosów delegatów na wniosek conajmniej 1|3 liczby Oddziałów. Jeżeli się okaże, że na Zjeździe Walnym niema 2|3 uprawnionych do głosu delegatów, winien być zwołany Zjazd Delegatów w drugim terminie, wyznaczony na 1 godzinę po pierwszym terminie, na którym sprawy mogą być załatwione większością kwalifikowaną 2|3 obecnych delegatów.

§ 19.

We wszystkich innych sprawach i we wszystkich zjazdach Delegatów i Zgromadzeniach Oddziałów, uchwały zapadają zwykłą większością głosów, przy udziale conajmniej 2|3 liczby delegatów lub członków Oddziałów, uprawnionych do głosowania, lub w drugim terminie — zwykłą większością obecnych głosów.

§ 20.

Miejsce i dzień Zjazdu Walnego Delegatów ustala Zarząd Wojewódzki, zawiadamiając o tem pisemnie członków na 14 dni przed terminem Zjazdu i wymieniając na zawiadomieniach porządek dzienny.

§ 21.

Nadzwyczajny Zjazd Walny Delegatów jest zwołany na podstawie Uchwały Zarządu Wojewódzkiego, lub na żądanie 1|3 Oddziałów, lub na żądanie Komisji Rewizyjnej Wojewódzkiej. W razie otrzymania takiego żądania Oddziałów lub Komisji Rewizyjnej, Zarząd Wojewódzki winien zwołać Nadzwyczajny Zjazd Walny Delegatów w terminie nie później niż dwa miesiące.

ZARZĄD WOJEWÓDZKI, JEGO ZADANIA I OBOWIĄZKI

§ 22.

Zarząd Wojewódzki składa się: z Prezesa, wybranego na Walnem Zjeździe Delegatów przez osobne głosowanie, na przeciąg jednego roku, z Prezesów wszystkich Oddziałów i z członków-wirylistów, których stanowią: 2 delegaci Urzędu Wojewódzkiego (lekarz i prawnik), 1 delegat Magistratu i po jednym delegacie zainteresowanych Starostw.

§ 23.

Do obowiązków Zarządu Wojewódzkiego należy:

a) wykonywanie uchwał Walnego Zjazdu Delegatów,
b) kierowanie pracami Stowarzyszenia,
c) kontrolowanie prac oddziałów,
   1) Rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań z rocznych działalności Oddziałów.
   2) Rozpatrywanie uchwał Walnych Zgromadzeń lub Zarządów Oddziałów, zakwestjonowanych przez lekarza-kierownika O. R.
   3) Rozstrzyganie sporów pomiędzy Zarządem Oddziału i lekarzem-kierownikiem O. R. Odwoływanie się jednak do Zarządu Wojewódzkiego winny wpływać do niego

przez [illegible]rza kierownika O. R., który jest obowiązany [illegible] nie dłuższym niż 2 tygodnie, przedłożyć [illegible] Zarządowi Wojewódzkiemu, ze swoją opinją.

d) Powoływanie lekarzy i wyznaczenie lekarza-kierownika R. O., który jest pełnomocnikiem Zarządu Wojewódzkiego do sprawowania nadzoru nad Zarządami Oddziałów w sprawach Opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi.

c) Lekarz-kierownik bierze udział w posiedzeniach Zarządu Wojewódzkiego z głosem doradczym (obowiązki lekarza-kierownika są ujęte w specjalnym regulaminie).

f) Zarząd Wojewódzki przyjmuje sprawozdanie roczne lekarskie od Kierownika Opieki Rodzinnej.

g) Przedstawia sprawozdanie roczne Stowarzyszenia Walnemu Zjazdowi Delegatów.

h) Decyduje o otwieraniu lub zamykaniu Oddziałów, przyczem dla otwarcia nowego oddziału potrzebne są następujące warunki: nowa placówka Opieki Rodzinnej dla stworzenia nowego oddziału powinna liczyć nie mniej, niż 15 rodzin opiekunów; być położoną poza obrębem 10 klm. promienia istniejącego Oddziału.

i) Zarząd Wojewódzki rozporządza funduszem na swoje wydatki, który powstaje ze świadczeń Zarządów Oddziałów, wysokość których, jako odsetek od dochodów Oddziału ustala Walny Zjazd Delegatów.

KOMISJA REWIZYJNA WOJEWÓDZKA.

§ 24.

Komjsja Rewizyjna składa się: z Prezesa, 2-ch członków i dwuch zastępców, którzy oprócz jednego z członków, są wybierani na Walnem Zjeździe Delegatów na przeciąg jednego roku. Jeden zaś członek jest delegowany przez Magistrat m. Wilna.

§ 25.

Do obowiązków Komisji Rewizyjnej należy kontrolowanie działalności Zarządu Wojewódzkiego Stowarzyszenia.

WALNE ZGROMADZENIE ODDZIAŁÓW STOWARZYSZENIA I JEGO OBOWIĄZKI.

§ 26.

Walne Zgromadzenie zwyczajne jest zwoływane jeden raz na rok. W razie niedojścia do skutku Walnego Zgromadzenia w pier-

wszym terminie z powodu braku quorum zwołuje się go w nowym terminie. Walne Zgromadzenie w pierwszym terminie jest prawomocne przy obecności 2/3 ogólnej liczby członków, w drugim terminie uchwały są ważne bez względu na liczbę osób obecnych. O terminie, miejscu i porządku Walnego Zgromadzenia Zarządu Oddziału obowiązany jest zawiadomić na piśmie wszystkich członków, przynajmniej na dwa dni przed wyznaczonym terminem.

§ 27.

Uchwały Walnego Zgromadzenia zapadają zwykłą większością głosów.

§ 28.

Walne Zgromadzenie Nadwyczajne może być zwołane każdej chwili przez Zarząd, który je zwołuje, bądź na skutek własnego uznania, bądź na żądanie Zarządu Wojewódzkiego, Komisji Rewizyjnej, lekarza-kierownika, lub 1/4 ogólnej ilości członków.

§ 29.

Do Zadań Walnego Zgromadzenia należy:

a) przyjęcie sprawozdania za ubiegły rok i udzielanie absolutorjum ustępującemu Zarządowi;
b) uchwalenie budżetu Oddziału,
c) zmiany wysokości świadczeń.
d) uchwalanie wynagrodzenia za pracę poszczególnym członkom Zarządu, którzy będą obarczeni większą i odpowiedzialną pracą.
e) wybory Zarządu i Komisji Rewizyjnej Oddziału.
f) usunięcie ze stanowiska Zarządu, lub członka Zarządu.

ZARZĄD ODDZIAŁU STOWARZYSZENIA.

§ 30.

Zarząd Oddziału Stowarzyszenia składa się: z Prezesa, Sekretarza, Skarbnika, wybieranych każdy zosobna, drogą tajnego głosowania, przez Walne Zgromadzenie na jeden rok.

§ 31.

Do obowiązków oddziału należy:

a) opinjowanie kandydatów na opiekuuów i po uznaniu ich przez lekarza-kierownika za odpowiednich, przyjmowanie ich na członków Stowarzyszenta.
b) pobieranie opłat na chorych i wypłacanie należności opiekunom.

c) administrowanie funduszami oddziału za porozumieniem z lekarzem-kierownikiem O. R., pobieranie wpisowych, składek, oraz nadzwyczajnych dowodów.

Zarząd Oddziału wpłaca na rzecz Zarządu Wojewódzkiego odsetek od swych dochodów, uchwalony przez Walny Zjazd Delegatów.

d) załatwianie spraw bieżących Oddziału, przyczem sprawy związane z opieką rodzinną nad chorymi, winny być załatwiane w porozumieniu z lekarzem-kierownikiem O. R.

e) przyjmowanie siostry-pielęgniarki, względnie innych sił pomocniczych lekarskich na wniosek lekarza-kierownika.

f) wyznaczanie kar i nagród na wniosek lekarza-kierownika.

g) wykreślanie członków z listy Stowarzyszenia.

h) prowadzenie księgowości.

i) składanie sprawozdań Walnemu Zgromadzeniu i Zarządowi Wojewódzkiemu.

§ 32.

Przed wygaśnięciem kadencji, Zarząd Oddziału może być odwołany przez Walne Zgromadzenie.

KOMISJA REWIZYJNA ODDZIAŁU:

§ 33.

Komisja Rewizyjna składa się z trzech członków: z prezesa, z 2-ch zastępców, którzy oprócz jednego z członków, są wybierani na Walnem Zgromadzeniu na przeciąg jednego roku. Jeden zaś członek jest delegowany przez Magistrat m. Wilna.

§ 34.

Do obowiązków Komisji Rewizyjnej należy:

a) kontrolowanie ksiąg kasowych, oraz Kasy Oddziałów, przynajmniej jeden raz na kwartał,

b) składanie Walnemu Zgromadzeniu sprawozdania z czynności Zarządu i przedstawienie wniosku o udzielenie absolutorjum,

c) składanie Zarządowi Wojewódzkiemu wniosku o zawieszenie i Walnemu Zgromadzeniu wniosku o usunięcie ze stanowiska Zarządu lub poszczególnego członka Zarządu,

d) Komisja Rewizyjna ma prawo żądać od Zarządu zwołania Walnego Zgromadzenia.

§ 35.

Wszystkie uchwały powzięte przez władze Oddziału Stowarzyszenia, a sprzeczne z obowiązującemi przepisami, oraz zasadami,

dotyczącemi opieki nad psychicznie chorymi, mogą być przez lekarza-kierownika O. R. zakwestjonowane i podlegają wniesieniu w terminie 2 tygodni do Zarządu Wojewódzkiego do rozstrzygnięcia.

§ 36.

Stowarzyszenie posiada pieczęć, na której mieści się jego nazwa.

§ 37.

Stowarzyszenie reprezentuje prezes Zarządu lub członek Zarządu, który go zastępuje.

§ 38.

Wszelkie pisma Zarządów podpisuje prezes i sekretarz, kwity zaś i pisma, dotyczące rachunków i opłat — prezes i skarbnik.

§ 39.

Protokuły posiedzeń poszczególnych organów Stowarzyszenia, w szczególności powzięte uchwały, powinny być wciągane do odnośnych ksiąg protokułów.

§ 40.

Wszelkie fundusze Stowarzyszenia mogą być użytkowane jedynie na udoskonalenie Opieki Rodzinnej.

LIKWIDACJA STOWARZYSZENIA.

§ 41.

Likwidacja Stowarzyszenia następuje na podstawie uchwały, specjalnie w tym celu zwołanego, Nadzwyczajnego Walnego Zjazdu Delegatów.

§ 42.

Fundusze i Archiwum Stowarzyszenia, w razie likwidacji, zostają przekazane pokrewnej instytucji, sprawującej opiekę nad psychicznie chorymi.

Le patronage familial des aliénés dans la Voïevodie de Wilno.

par HALINA JANKOWSKA

Résumé.

Le patronage familial des aliénés de la Voïevodie de Wilno date de 80-ans environ. Ce furent des paysans juifs qui com-

mencèrent ce procédé spontanément afin de se procurer quelque gain en dehors des maigres bénefices que leur apportait la culture de la terre peu fertile de la contrée. Ce patronage familial de caractère purement commercial se développait pendant des années sans aucun contrôle médical et administratif.

Dans les dernières années des villageois chrétiens commencèrent aussi à s'occuper du patronage familial.

Au début de 1933 on arriva à organiser une association sous le nom „Patronage familial des aliénés de la Voïevodie de Wilno" qui a pour membres surtout les nourriciers. À la tête de cette association se trouve l'administration de Voïevodie où entrent les délégés: de la Voïevodie, des Starosties intéressées et de la municipalité de Wilno, ainsi que les présidents des sections.

Il y en a deux aujourd'hui: celle d'Olkieniki (juive) et celle de Rudziszki (chrétienne). Elles sont administrées par les administrations des sections et dépendent de l'administration de la Voïevodie par l'intermédiaire du médecin-directeur, qui est engagé par celle-ci. A côté de son travail professionel il surveille le travail administratif et la comptabilité des administrations des sections.

Les malades de chaque section sont surveillés par une infirmière.

Les fonds de l'association sont formés des pourcents que les nourriciers payent des sommes d'argent qu'ils reçoivent pour les malades.

L'auteur caractérise ensuite les conditions de ce traitement psychiatrique dans les deux sections où elles présentent de grandes différences.

Les résultats de ce traitement sont parfois surprenants. Le caractère doux et pondéré des nourriciers ainsi que leurs soins y jouent incontestablement un rôle important. Des nombreux exemples cités par l'auteur montrent surtout comment les malades, plongés dans leur autisme profond, ou même dans des stupeurs chroniques pendant leur séjour dans les hôpitaux, arrivent dans l'atmosphère de la vie familiale à se détendre, à prendre contact avec l'entourage. Ces exemples nous montrent aussi quels bons résultats on peut obtenir en assortissant des installations, conformes au caractère et aux exigences de chaque malade.

L'auteur met en relief les avantages de ce type de patronage familial en comparaison avec les autres, décrit les manques et les

difficultés que le patronage familial comporte dans son stade présent de développement et présente plusieurs propositions et postulats dont il faudrait tenir compte dans le réglement psychiatrique qui est en train d'être élaboré.

Przymus sterylizacji w Niemczech pod względem psychjatrycznym.

(Wygł. na pos. Wil. Oddz. Polsk. Tow. Psych.)

Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Z dniem 1-go stycznia b. r. nabrało moc obowiązującą w Niemczech prawodawstwo przymusowej sterylizacji. Dziennik Wiedeński „Arbeiter-Zeitung" z dn. 22. XII. 33. podaje p. t. „Rassenverbesserung" wzmiankę, że w Niemczech hitlerowskich ma uledż sterylizacji przymusowej 400.000 osób (im Dritten Reich sollen 400.000 Personen sterilisiert werden). Zapożyczam z czasopisma „Monatsschrift. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1933, H. 8/9" autentyczny tekst przepisu, dążącego do ochrony potomności od następstw obarczenia dziedzicznego w wypadkach zboczeń psychopatycznych. Podano 9 kategoryj chorób: 1) Wrodzony niedorozwój umysłowy; 2) Schizophrenia; 3) Psychosis circularis; 4) Epilepsia; 5) Chorea Huntingtona; 6) Wrodzona ślepota; 7) Wrodzona głuchota; 8) Ciężkie postaci potworności; 9) Ciężkie postaci alkoholizmu. We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach składają na piśmie do władz sądowych meldunek opiekunowie chorych lub władze sanitarne, lub dyrektor szpitala, lub władza nadzorcza więzień. Komisja sądowa wydaje wyrok, na mocy którego sterylizacja dokonuje się przymusowo w szpitalu. Przytaczam dosłowny tekst § 12 odnośnego przepisu: „Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgiltig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen....... So weit andere Massnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren

Zwanges zulässsig". W piśmiennictwie lekarskiem zagadnienie przymusu sterylizacji zainicjował autor niemiecki dr. Naecke, który w r. 1909 opublikował w Neurol. Centralblatt 4 przypadki ze szpitala psychjatr. w Szwajcarji, w których u 2 mężczyzn i 2 kobiet zastosowano za zgodą krewnych chorych sterylizację z powodu objawów nymphomanji, satyriasis i homoseksualizmu. Komunikując o powyższych 4-ch przypadkach, w których stosowano po raz pierwszy w Europie w celach terapeutycznych u psychicznie chorych sterylizację, autor dr. Naecke z entuzjazmem nawołuje uczonych i literatów do propagowania problemu sterylizacji i konieczności legalizowania tej metody w celach eugeniki. Dr. Naecke zatem o ćwierć wieku wyprzedził Hitlera w tym kierunku. Zasługuje na podkreślenie, że wówczas tylko uczeni zgłosili swój akces do wniosku dr. Naecke; większość lekarzy i prawników zaś ignorowała, lub uważała za utopję wniosek dr. Naecke. Należy gwoli ścisłości podać, że jeszcze w roku 1897 w Ameryce poruszono temat przymusowej sterylizacji względem przestępców-recydiwistów w trzech stanach. Lecz pod naciskiem opinji społecznej pomysł ten tam nie przeszczepił się. Obecny przymus sterylizacji w Niemczech motywują rzekomo naukowemi względami profilaktycznemi, mianowicie zabezpieczeniem potomności od chorób psychicznych. To wysuwa konieczność podania przynajmniej w ogólnych zarysach zasad dziedziczności pod względem biologicznym i psychjatrycznym.

Podstawy biologiczne dziedziczności stanowią niezmiernie trudną zagadkę dla umysłu człowieka. Już od dawna umysł człowieka dążył do uzmysłowienia sobie nieprzenikliwej zagadki dziedziczności. Hipokrates zainicjował łańcuch teoryj o istocie dziedziczności. Mniemał, że nasienie wytwarza się jako twór od wszystkich działów organizmu i przeto bylejakie zboczenia w rozmaitych działach organizmu dają się we znaki u dzieci drogą odziedziczenia Ta podstawowa zasada Hipokratesa znalazła chyba oddźwięk w nauce Darwina, t. zw. pangenesis. Wedle teorji Darwina od wszystkich komórek organizmu odseparowują się drobniejsze cząsteczki-hemuły, które wchodzą w skład komórek płciowych. Ponieważ hemuły zawierają w sobie właściwości komórek, z których pochodzą; więc na skutek tego zapomocą komórek płciowych dziedziczą się właściwości rodziców. Teorję Darwina zastąpiły teorje Spencera, Haeckela, Naegelego; później zapanowała teorja Weismana. Wedle teorji Weismana właściwości dziedziczne

formuje materja wchodząca w skład jądra komórki płciowej, t. zw. chromatyna, która bywa rozlokowana w jądrze w postaci laseczek, t. zw. chromozom. Teorję Weismana urozmacił Emeri, wedle którego w organiźmie istnieją materje, wydzielane przez rozmaite tkanki, t. zw. zymoplazmy, które tą drogą przekazują dziedziczność patologiczną. Badania dawniejszych kierunków w kwestji dziedziczenia chorób zaniedbano od czasu mendelizmu. Botanik Grzegorz Jan Mendel opublikował cenne fakty swej szkoły biometrycznej w r. 1865, lecz fakty te zostały uwzględnione dopiero po upływie lat 40 do czego przyczynił się anglik Bateson. Naukę Mendelizmu, zresztą dostatecznie znaną, posunął jeszcze dalej amerykanin Morgan, odznaczony w ubiegłym roku nagrodą Nobla. Mendel ustalił oznaki dziedziczne drogą doświadczenia.

Po zarysowaniu podstaw biologicznych nakreślę bieg myśli psychjatrycznej w dziedzinie dziedziczenia chorób umysłowych. Odnośne piśmiennictwo sięga XVIII stulecia i obfituje do dziś dnia w sprzeczności i niezgodności. Tak w XVIII stuleciu A. Louis w r. 1750 w pracy „Dissertation sur la question: comment se fait la transmission des maladies héréditaires“ przychodzi do wniosku kompletnie negatywnego, natomiast W. Perfect daje odpowiedź twierdzącą na podstawie obserwacji 108 chorych (Kronfeld, Geschichte der Psychiatrie...)

Aby nie obarczyć czytelnika wykazem piśmiennictwa, będę cytował tylko ograniczoną ilość autorów odnośnie do poruszonej sprawy. W XIX-em stuleciu Esquirol (Des maladies mentales 1838) twierdził, że dziedziczność jest najwybitniejszą przyczyną psychoz, przyczem utrzymywał, że matka częściej przekazuje chorobę psychiczną niż ojciec. Solidarnie w tym kierunku wypowiedział się Griesinger (Die Pathologie u. Therapie der psychischen Krankheiten 1845), natomiast Neumann (Jahrbuch der Psychiatrie 1859) dobitnie kwestjonuje powyższą zasadę. Tak samo podaje trwałość tej zasady w wątpliwość Tigges (Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen........ 1866), Jung (1866), pozatem Griesinger (1867) oraz Arndt 1882) obok roli obarczenia dziedzicznego wysuwają zależność chorób umysłowych również od wpływów zewnętrznych np. wychowania. Oldendorf (w r. 1885) wysuwa słuszną uwagę, że dyspozycja dziedziczna jednego z małżonków (ojca lub matki) może być zrównoważona wpływem drugiego zdrowego małżonka. Grassmann (Kritischer Ueberblick über die gegenwärtige Lehre von der Erblichkeit der Psychosen. 1896) wyraża się

jak następuje: Do dziś dnia nie ustalono bezwzględnie ścisłych i nieodwołalnych faktów, świadczących z całą stanowczością, że cecha patologiczna u potomności zaszła drogą odziedziczenia. Kierując się bowiem w takich przypadkach mylną zasadą: post hoc ergo propter hoc, — dopóki są nam nieznane wszystkie najsubtelniejsze właściwości protoplazmy — nie jesteśmy wolni od mistycyzmu w teorji dziedziczności...! Dalej Grassmann zaznacza, że do djagnozy psychozy dziedzicznej bylibyśmy uprawnieni drogą per exclusionem, t. j. gdy obok stwierdzenia obarczenia dziedzicznego dałoby się możność stanowczego wykluczenia wpływu czynników samodzielnych. Na zakończenie Grassmann podaje, że zgodnie z innymi badaczami uznaje naukę Morela o degeneracji za przesadę, gdyż należy również uwzględnić możliwość czynnika regeneracji. Zasługuje na szczególną adnotację uwaga Krafft-Ebinga, który w swoim podręczniku (III wyd. 1897) zadaje cios teorji dziedziczności psychoz, wskazując na to, że dane statystyczne w tej kwestji u rozmaitych autorów wahają się w obszernych ramach od 4 do 90%. Rzecz jasna, że skoro liczby są na tyle rozbieżne, nie można uchwycić w nich praworządności. Pozatem warto, rzecz naturalna, w tej kwestji wymienić opinję takiej czołowej powagi psychjatrycznej, jakim jest Kraepelin, który w 5-em wydaniu swego podręcznika (1898) wyraża się jak następuje: „Jeżeli uwzględnimy nietylko psychozy sensu stricto, lecz i stany pokrewne, jako to: alkoholizm, newrozy, skłonności zbrodnicze, dziwactwa charakteru i t. p. pokaże się, że u 60-70% psychicznie chorych ujawnia się dyspozycja dziedziczna. Lecz zarazem należy podkreślić brak danych statystycznych w kierunku dyspozycji dziedzicznej u osób nie cierpiących na choroby psychiczne. Co do nauki Morela o degeneratio, Kraepelin zaznacza że jest koniecznem obok czynników szkodliwych w kierunku dziedziczności uwzględnić również czynniki przeciwległe, dążące do złagodzenia zaburzeń, ażeby stworzyć dla następnych pokoleń bardziej normalne podstawy rozwoju. Gdyby tego nie było, ród ludzki wymarłby od dawien dawna....... U pokaźnej ilości rodzin zwyrodniałych stwierdzamy w potomności zniknięcie śladów dyspozycji chorobliwej dzięki zmieszaniu się z elementami zdrowemi".

Przechodząc do wieku XX-go, cytuję najpierw ojca szkoły psychjatrów rosyjskich Korsakowa, w podręczniku którego (wyd. 1901) czytamy co następuje. „Zgadzamy się z zasadą dziedziczności chorób psychicznych. Niemniej jednak nie możemy ignorować faktu, że nie cała potomność takich osób dziedzicznie jest obarczo-

na. Zaburzenie psychiczne ogarnia tylko niektórych członków takiej rodziny, oszczędzając natomiast resztę członków. Pozatem dyspozycja dziedziczna i jakościowo niejednakowo odbija się u rozmaitych osób tej rodziny". W tym samym 1901 roku ogłosił wyniki swych badań niestrudzony badacz na niwie dziedziczności prof. Sommer, który powstaje przeciwko utartej zasadzie w kierunku identyfikowania pojęcia obarczenia dziedzicznego z pojęciem nieuleczalności. Nie ulega wedle Sommera żadnej wątpliwości fakt, że w rodzinach, gdzie dziad i pradziad byli psychicznie chorzy-wnukowie byli zdrowi. Naogół zarysowuje się w XX-em stuleciu kierunek krytycznej myśli w stosunku do zagadnienia dziedziczności, opartego na ogólnikowej niepewnej metodzie danych statystycznych. Jako przykład takiego lekkomyślnego wyprowadzenia wywodów cytuję Dégerine'a, który badając 350 epileptyków, u przodków których stwierdzono w 5 proc. przypadków epilepsję, wnioskował bez zastrzeżeń o dziedziczności epilepsji, mimo to, że u 95 proc. tych epileptyków nie stwierdzono epilepsji w linji wstępującej. Myśl krytyczna wyraziła się m. in. w tendencji analizy obarczenia dziedzicznego nietylko u psychicznie chorych, lecz również u psychicznie zdrowych. Zainicjował ten tryb badania Diem i Koller. Diem, badając w 1905 roku 1200 osób psychicznie zdrowych, stwierdził obarczenie dziedziczne w 67 proc. Do takiego wniosku doszedł również Koller (1896) porównując dziedziczność 370 umysłowo chorych i tyleż psychicznie zdrowych. Akcentuje te uderzające dane znakomity psychjatra wiedeński Wagner v. Jauregg, który zadeklarował się stanowczo negatywnie względem dziedziczności chorób umysłowych. Niedość na tem, Wagner v. Jauregg (Einiges über erbliche Belastung, Wiener Kl. Woch. 1906) i w ślad za nim A. Pilcz (Beitrag zur Lehre von Heredität 1907) wypowiedzieli nawet tezę wytwarzania immunitetu do psychoz u osób, we wstępującej linji, u których stwierdzono pewne postacie zboczeń psychicznych.

W związku z potępieniem krańcowości tez dotyczących obarczenia dziedzicznego autorzy podają w wątpliwość znaczenie cielesnych oznak zwyrodnienia, rzekomo znamiennych dla chorób psychicznych. Tak np. w przeciwieństwie do Sikorskiego, który zgłosił tezę, że właściciele rozpościeranych uszu mają najwięcej szans zapadać na choroby psychiczne, Worobjew, badając obok 100 umysłowo chorych strukturę ucha zewnętrznego u 325 osób psychicznie normalnych, obalił tezę Sikorskiego, gdyż nie stwierdził

za pomocą tej metody porównawczej żadnej różnicy oznaki usznej.

Czołowe miejsce w pracach XX-go stulecia o dziedziczności chorób umysłowych zajmuje niestrudzony badacz prof. Sommer. Cytuję jego kapitalną pracę, która ukazała się w r. 1907 „Familienforschung und Vererbungslehre". W myśl metody „Familienforschung" Sommer zaleca szczegółowe badanie chorób w 6-ciu wstępujących generacjach. Między innemi Sommer studjował rodzinę, z której pochodził, za okres 6-ciu stuleci, zbierając wiadomości o 200 osobach, które wchodziły w skład tej rodziny. Sommer bynajmniej nie wydaje opinji niepomyślnej w kierunku prognozy dziedziczności. Metodą genealogiczną mistrza Sommera posługiwali się Sioli, Voster i in. Sommer naogół ostro potępiał krańcowe wywody o rzekomo fatalnym wpływie dziedziczności, które to wywody zatopiły naukę i dotarly do literatury pięknej (Rougon-Macquart, Zola), ugruntowując nastrój pesymistyczny wśród mas „dziedzicznie obarczonych". Dla pełni zarysu dziedziczności w psychjatrji podaję, że mendelizm ma narazie bardzo wązką sferę stosowania w poruszonej sprawie.

Kierunek krytyczny XX wieku w poruszonej sprawie zachwiał dawne podstawy. Kwestję nauki o dziedziczności chorób umysłowych trafnie formułował Hoche w słowach, że znajdujemy się zaledwie u początku niezbędnych badań, lub, jak lapidarnie wyraził się wybitny znawca mendelizmu, anglik Pannat, że narazie jesteśmy kompletni ignoranci. —

Podałem wyżej zwięzły zarys poglądów psychjatrów na doniosłe zagadnienie dziedziczności za okres od połowy XVIII stulecia aż do początku wojny światowej. Wgląd w ten zarys nie urabia bynajmniej przeświadczenia o bezwzględnej zależności chorób psychicznych wyłącznie od pośrednictwa czynnika dziedziczności. Jak rażąco przeto brzmi nowy kierunek w poruszonej sprawie, ogłoszony od kilku miesięcy w Niemczech hitlerowskich! Naogół w piśmiennictwie lekarskiem niemieckiem roi się obecnie od prac na tematy: Erblichkeit, Erberkrankungen, Erbprognose, Erblehre, Erbpflege i t. d. Odnosi się wrażenie, że jakaś masowa heredofobja ogarnęła Niemcy hitlerowskie. Cytuję na wyrywkę Nr. 2 „Münchener — Mediz. Wochenschrift" z roku b. (Seite 47), gdzie Dr. Hammer tryumfująco obwieszcza światu quasi — naukową rewelację, że nowotwory są dziedziczne (Erst kürzich hat Fischer-Wasels auf die ausserordentlich interessante Erblich-

keitsverhältnisse bei den Geschwulstbildungen aufmerksam gemacht).

W kierunku sterylizacji w Niemczech elementów ułomnych tkwi jakoby zjawisko atawizmu. Prof. Wyd. Prawn. w Uniwersytecie miasta Kiel, dr. v. Hentig w swojej broszurze „Eugenik u. Kriminalwissenschaft" (1933) przytacza z dziejów ludów pogańskich liczne przykłady zniweczenia starych i chorych ludzi bądź ze względów ekonomicznych, bądź ze względu na przesądy. Tak np. u murzynów Kameruńskich w razie urodzin bliźniąt jedno dziecko uśmiercano, co umotywowano, że jeden mężczyzna nie może być ojcem odrazu dwojga dzieci, tak że zaszła w danym wypadku zdrada. U niektórych ludów murzyńskich uśmiercano potworne dzieci, wychodząc z założenia, że takie dzieci są owocem ingerencji nieczystej siły. Starożytni Germanowie uśmiercali dzieci, które urodziły się w dzień śmierci wodza plemienia lub w inne daty nieszczęśliwe. Mistyczny odgłos podobnych przesądów odległych wieków brzmi w haśle Niemiec hitlerowskich usuwania ułomnych elementów gwoli zabezpieczeniu zdrowia ogółu obywateli. Odnośnie do prawodawstwa o przymusie sterylizacji w Niemczech warto zaznaczyć następujące krytyczne uwagi:

Primo dotychczasowa niepewność praw dziedziczności. Jaki trybunał lekarski jest natyle nieomylny, by jednych podać rygorowi sterylizacji, innych zwolnić. Jako dowód niepewności prognozy dziedziczności starczy cytować na wyrywkę pracę 2-ch wybitnych antropologów niemieckich, na ogół wyznawców zasad rasizmu. którzy jednakże kwestjonują bezwzględną słuszność stosowania sterylizacji według prawodawstwa hitlerowskiego. Tak np prof. v. Verschuer, kierownik berlińskiego instytutu antropologii i nauki o dziedziczności, w pracy pt. „Erbprognose", opublikowane: w „Deutsche Mediz. Woch." z dnia 19. I. br. (Nr. 3 S. 91), omawiając 9 kategoryj chorób, wskazujących sterylizację, zaleca jednakże wstrzymać się z realizacją tych przepisów w wypadkach alkoholizmu i potworności cielesnych, czyniąc zastrzeżenie i w innym kierunku. Jeszcze bardziej zdecydowanie wyraża się dr. M. Fiszer w pracy z berlińskiego instytutu antropologii i nauki o dziedziczności p. t. „Die Vererbung der Geisteskrankheiten", wyd. 1933 r. W konkluzji owej pracy (S. 23) autor wyraża się, jak następuje „Uwzględniając obecny stan nauki o dziedziczności, nie do pomyślenia jest nawet w najbardziej ciężkich wypadkach zdobyć się na sterylizację lub na uregulowanie w drodze prawodawstwa tej kwe-

stji (Auch kann beim gegenwärtigen Stande der Vererbungswisenschaft selbst bei den schwersten Vererbungskrankheiten noch nicht an Zwang und gesetzliche Regelug gedacht werden). —

Podrugie, w prawodawstwie niemieckiem odnośnie do psychicznie upośledzonych nie uwzględniono innych cennych wartości badanego, ewentualnie kompensujących niedomogi psychiczne. Przypominam, że znakomity Lombroso w swej słynnej pracy „genjusz i szaleństwo" przytacza bardzo liczne przykłady głośnych nazwisk myślicieli, uczonych, poetów, filozofów, muzyków, mężów stanu i t d., którzy łączyli w sobie oznaki wielkich genjuszów i rozstroju psychicznego. Czy historja człowieczeństwa nie oburzyłaby się okropnie, gdyby podano przymusowej sterylizacji Juljusza Cezara i Napoleona, którzy cierpieli na padaczkę?

Po trzecie, jeżeli chodzi o chorobę psychiczną jednego z małżonków, czy nie powinno prawodawstwo, zarządzając sterylizację, uwzględnić interesy współżycia małżeńskiego drugiego partnera rodziny?

Pozatem prawodawstwo wiąże w jedno pojęcie dziedziczności prostej, ukrytej, atawistycznej, ubocznej, skrzyżowanej, wielopostaciowej i t. d. Dalej prawodawstwo zgromadziło masę psychoz, wówczas gdy poszczególnym postaciom psychoz zapewne właściwe są odmienne prawa dziedziczności. Dla przykładu powołuję się na pracę M. Fischera. (Str. 15--16), który na podstawie badań 8000 psychicznie chorych szpitalnych twierdzi, że w potomności schizophreników przypada schizophrenia w 6 proc., natomiast w potomności cierpiących na ps. circ. przypada 33 proc. tej psychozy. Pozatem w wykazie zaburzeń psychicznych, wskazujących sterylizację, jakoś nie podano wcale obok alkoholików innych kategoryj narkomanów. Naogół zaznaczam, że sterylizacja atakuje zło nie w jego przyczynach, lecz w skutkach. Czy nie byłoby bardziej celowe w celach profilaktycznych zamiast przymusowej sterylizacji regulować sprawę drogą ustawodawstwa małżeństwa upośledzonych na umyśle, rzecznikiem czego poraz pierwszy w psychjatrji był H. Schüle w r. 1885, który zainicjował szereg prac p. t. „Ueber die Frage des Heiratens von früher Geisteskranken". W tym kierunku godne są również odnotowania badania szkoły psychjatrycznej E. Rüdina.

Wyświetlając interesujące nas zagadnienie masowej, przymusowej sterylizacji w Niemczech upośledzonych na umyśle elementów, skłonny jestem podłoża tego niesamowitego postępowania

szukać w zakamarkach podświadomej psychiki ludzkiej. W czasie niedawnej strasznej wojny światowej zginęła olbrzymia część kwitnącej ludności, ponadto wojna spowodowała wzrost niedołęgów. Zarówno wskutek wojny znacznie powiększyła się liczba osób upośledzonych na umyśle i zwyrodniałych. Nadomiar złego wskutek zmalenia terenu państwa niemieckiego przez oderwanie od niego kolonij i wskutek innych klęsk ekonomicznych i politycznych, mocarstwowość niemiecka dobitnie się zachwiała. Otóż potężne i różnorodne działania przebytego urazu psychicznego instynktownie uwarunkowały ukształtowanie się w instancji psychiki podświadomnej dążeń do uzdrowienia nadwyrężonego organizmu całego narodu. To napięcie psychiki ogółu niemieckiego znalazło m. in. wyładowanie w drodze zobojętnienia ułomnych elementów z kategorji upośledzonych na umyśle. Ujmuję więc obecne ustawodawstwo Niemiec w stosunku do umysłowo chorych, jako rzut podświadomości na powierzchnię jaźni, jakby wentyl napiętej psychiki, wentyl bezpieczeństwa.

W r. 1901 ukazała się praca niemiecka D-ra M. Friedmana p. t. „Ueber Wahnideen im Völkerleben". Z tej pracy dowiadujemy się, że w rozmaitych okresach historycznych zaznaczyły się u różnych narodów przejawy obłędu masowego na podłożu religijnem, politycznem, socjalnem i ekonomicznem. Otóż według mnie zjawisko rasizmu i towarzyszącego mu przymusu sterylizacji, które to zjawisko obecnie wszechwładnie opanowało umysły Niemiec hitlerowskich, będzie stanowiło niezawodnie nowy rozdział w przyszłych pracach p. t. „Ueber Wahnideen im Völkerleben."

Stérilisation obligatoire en Allemagne á l'égard de maladies psychiques.

par le Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

L'auteur conclut que nous ne pouvons pas encore aujourd'hui résoudre la question de l'hérédité. Aussi, il n'est pas possible de prévoir l'éruption des maladies psychiques chez les descendants des aliénés. À cause de cela l'auteur est un adversaire de la stérilisation obligatoire à l'égard de maladies psychiques.

Próba etjologji zaburzeń reaktywnych na tle rozwojowem jednostki.

Podał Dr. KAZIMIERZ WIZE.

Odczyt przeznaczony na XIV Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie, wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy w Dziekance dnia 6 kwietnia 1934 r.

Od czasu, kiedy Aleksander Piotrowski w roku 1913, spowodowany ówczesnemi doświadczeniami fizjologicznemi, oraz spostrzeżeniami klinicznemi, pisał o duszach mózgu, mezencefalu, móżdżku, pnia mózgowego, rdzenia, ośrodków współczulnych i roślinnych, aż do ustanowienia koncepcyj Drieschа o psychoidach, do chwili powstania hipotez Bleulera o psychoidzie, Bechterewa o duszach umieszczonych przezeń w trzech systemach unerwienia ciała ludzkiego i do czasu prac doświadczalnych Pawłowa i jego szkoły nad odruchami warunkowemi, oraz definicyj instynktu i świadomości tegoż Pawłowa, upływa 20 lat.

Wymienieni autorzy wnieśli do psychologji i psychjatrji ważne dla nauki każdej ożywienie, cokolwiekbądź orzekła krytyka o ich wysiłku. Nawet Bechterew z naiwnem nieco, wypominanem przez krytykę powoływaniem się na 40-letnie kształtowanie swoich pomysłów, będzie stanowił z przyjętemi przez siebie trzema swemi duszami ważny etap dla psychologji i psychjatjri, szczególnie, jeśli się przyzwyczaimy umieszczać ponadświadomość (instynkt, mneme, psychemy genopochodne, czy kleronomiczne, i t. p.) w pniu mózgowym, rdzeniu pacierzowym i w parasympatycznym systemie, świadomość (psychemy fenopochodne, psychiczne embionty) zaś w korze mózgowej i w neostrialnym systemie, podświadomość (refleksy, odruchy) w systemie sympatycznym. Może się z czasem coraz bardziej przekonamy, że układ Bechterewa jest dokładniejszy i ściślej oparty na danych anatomicznych i fizjologicznych od rozróżnień nieco ogólnikowych Drieschа i Bleulera, będąc, coprawda zawsze jeszcze subjektywniejszym od przedstawienia zjawisk dotkniętych i wytkniętych przez Aleksandra Piotrowskiego i przez Pawłowa.

Stosunek duszy kory mózgowej do dusz innych części układu nerwowego, narządów ciała, tkanek i pojedyńczych komórek

więzionych, pozostających na miejscu, albo wędrownych, krążących, czy też wydzielanych i zaszczepianych u człowieka i u t. zw. wyższych zwierząt, stosunek poszczególnych dusz między sobą u wszystkich zwierząt, jak i u roślin w ujęciu zagadnienia przez Wundta, oraz przezemnie w roku 1900 („Godzina Myśli" Kraków), a dalej u kryształów w nauce ustanowionej przez O. Lehmanna (Die neue Welt der flüssigen Kristalle und deren Bedeutung für Physik, Chemie, Technik und Biologie. Krytyka w Vierteljahrschrift f. wiss. Philos. u. Soziol. K. Wize, Jeżewo), stosunek psychy do psychoid, czy też i do psychoidy, świadomości do podświadomości i ponadświadomości, jest pewnego rodzaju symbiozą, komensalizmem i pasorzytnictwem, podobnem do tego, o którem mówi Hirszfeld, zastanawiając się nad zagadnieniem współżycia drobnoustrojów i człowieka. Symbioza, komensalizm i pasorzytnictwo psychemów między sobą, psychy z psychoidą, albo i z psychoidami, połączone bywają z walką o przewagę, z wojną i pokojem, konspiracją i przymierzem, zbrojną konfederacją, parlamentowaniem, paktowaniem o nieagresję, współzawodnictwem i współdziałaniem, gotowością do usług czy też i do najazdu, czy zajazdu. W symbiozie tej, komensaliźmie i pasorzytnictwie wyrastają galasy, narośle, kołtuny, „miotły i koła czarownic", przygotowują się gospody, stajnie, jaskinie, krużganki, pieczary, groty, pastwiska, stoły, naczynia krwionośne i chłonne, komory, przedsionki, gruczoły, bubony, dworce, hotele, obozy koncentracyjne, baraki, dla wędrowników, gości, metojków, najeźdźców, jeńców, zwierząt karmnych, pociągowych, stróżujących, strażackich i myśliwskich. W symbiozie tej, komensaliźmie i pasorzytnictwie ujawnia się jakaś ponadzjawiskowa, „hiperindywidualna" duchowość w ujęciu Ericha Bechera, jakaś „ponadświadomość", hipostatyczność Plotyna.

Wszystkie owe stosunki między psychą i psychoidą i psychoidami, zespoły psychemów mniej lub bardziej przyjazne i sprzyjające, ugrupowane w trzy systemy Bechterewa mogą się stać w każdej chwili przyczynami zdrowia, zestroju, poczucia siły i wzmożonej działalności, czyli też przeciwnie, choroby, rozstroju, zwątpienia i sennego obezwładnienia. Możność porozumienia się między pełną świadomością, którą umieszczamy w korze mózgowej, a wrażliwością podkorową, podświadomą, czy półświadomą, albo i pozaświadomą, hiperfenomenalną, hipostatyczną, solarną i astralną, jest bowiem równie utrudnioną, równoległą, nie spotykającą się nigdy, paraboliczną i hiperboliczną, nie powracającą w to

samo miejsce, albo co najwyżej styczną, jak np. związek między patrzeniem zapomocą żółtej plamy, a patrzeniem zapomocą pozostałych części siatkówki. O utratę wątku symfonicznego, a nawet chociażby tylko „homofonji chórów“ w ujęciu J. Mazurkiewicza nietrudno.

Fenopochodna, fonetyczna, na doraźnem ujęciu zjawisk oparta dokładność zmieniających się, omylnych, lecz równocześnie postępowo wynalazczych, odkrywczych spostrzeżeń kory mózgowej nie wiąże się wcale, albo bardzo pośrednio z rozleglejszym zakresem genopochodnym wrodzonych, od rodu idących, konserwatywnie niezmiennych, nieomylnych, stereotypowych kierunków duszy innych części układu nerwowego, współczulnego i roślinnego, podobnie, jak to się dzieje przy oglądaniu świata za pomocą tych, czy owych okolic siatkówki. Zdawamy sobie sprawę przy oglądaniu świata zewnątrz nas, że dnem oka poza żółtą plamą spostrzegamy przedmioty o wiele słabiej oświetlone od tych, które zdolni jesteśmy widzieć dokładnie zapomocą żółtej plamy. Żółta plama np. u człowieka, rozporządzającego wzrokiem normalnym, rozróżnia w plejadach 6 do 8 gwiazdek, siatkówka u niego jednakże poza żółtą plamą widzi w sposób niedokładny, o wiele większą ilość plejad, nie mogąc sprawdzić jej liczby, choćby tak, jak to czyni teleskopowa fotografja, aczkolwiek i ta posiada miejsca ostrego nastawienia i mniej wyraźnego.

Podobnie, jak z dnem oka, dzieje się z całością „dna duszy“. Całość jej ogarnia wiele przedmiotów, świadoma plama duszy zeześrodkowaną w niej uwagą, ośrodek korowy spostrzega tylko jeden przedmiot, czy może nawet nikłą jego cząstkę, nie krąg nawet, lecz punkt. Dokładne widzenie i wrażenie nie znosi rozproszenia: natomiast gotowość spostrzegania, konieczna jest, ażeby módz wyzyskać położenie, poczynić szybszą od rozpoznania zdobycz, np. w postaci ustrzelonej, przemykającej słąki, albo ażeby, przesadzić przeszkodę dostrzeżoną w ostatniej chwili w biegu na przełaj itp., albo, ażeby ustrzedz się przed niebezpieczeństwem z któregokolwiek boku, nie potrzebując być dokładną, rozpoznawczo pedantyczną, ścisłą, jak wykreślne matematyczne przy biurku. Chodzi nieraz o odruchowo błyskawiczną obronę, o strzał, który myśl wyprzedza. Dokładny i ścisły sąd musi abstrahować, zcieśniać się, pogotowie duchowe natomiast rozbłyskiwać się w całość, jak światło magnezium, być czułem, jak sejsmograf, automatycznem jak komutator elektryczny.

Świat zjawisk, który widzi nie tylko jasnowidz, ale już i genjalny malarz, czy rzeźbiarz, zapamiętywając jego szczegóły, jest większy i dokładniejszy od tego, który widzi i zapamiętywa człowiek bez talentu malarskiego, rysowniczego, kształtującego, rozpoznający jednakże i tak więcej, aniżeli zdolny jest z pamięci odtworzyć i opisać nawet. Nie pomnimy, jaki gest, jaka fałda twarzy czy sukni, jaka linja podudzia znamionuje czyjąś osobę i jej urok, lecz z gestu, fałdy, linji osobę rozpoznamy, choćbyśmy ją tylko z tyłu zauważyli, na chwilę, w szybkiem przemknięciu między drzewami, czy też wśród tłumu ludzi.

Nasuwają się tutaj pytania: Czy wspomniany genjalny malarz, albo rzeźbiarz, posiadł lepiej wykształconą łączność między żółtą plamą a całością siatkówki? Czy podobnie, jak istnieje oftalmoskop, dałby się pomyśleć jaki „psychoskop", za pomocą którego możnaby zajrzeć do dna duszy genjalnego wodza, czy też przewidującego naczelnika państwa, uczonego, poety, muzyka?

Psychoskop odkryłby może za Kiewetem de Jonge („Model atomu Rotheford-Bohra w zagadnieniu o rodzaju połączeń zabiegów cielesnych i duchowych" Psych. en neurol. bladen Jg. 1924), że nie dusza znajduje się w mózgu, lecz mózg w duszy, podobnie jak aparat radio w falach, nie fale w aparacie, jak oko w świetle dnia i w cieniach nocy z wszystkiemi czopkami wrażliwemi na promienie światła, lecz nie na odwrót. To samo można powiedzieć, o narządach słuchu, dotyku, ciepła i zimna, smaku, węchu, bólu, i t. d. —

Wgłębiwszy się dzięki naukom Piotrowskiego, Driescha, Bleulera Bechterewa, Wundta, Pawłowa, Mazurkiewicza i ich szkół w stosunki symbiotyczne między psychemami, psychą, psychoidą i psychoidami i w rozbrzmiewające na tym podkładzie symfonje duchowe u genjuszów, melodje i „chóry homofoniczne" u ludzi normalnych, jazgozgrzyty u psychicznie chorych i upośledzonych, warto rozpatrzeć się w stałych kierunkach przewodnich motywów, nadających barwę wątkom symfonicznym psychy i psychem. Kierunki te pochodzą z przemian jednostki od urodzin aż do wieku starczego.

Najpierwszemi takiemi motywami przewodniemi będą u człowieka pobudki uwalniania się od macierzy, wśród lęku i krzyku, podzielane u niego z wszystkiemi zwierzętami, bądź to przebijającemi z piskiem lub sykiem skorupę, albo i błonę jaj, jak przebija u roślin zarodnik powłoczkę zarodni np. u grzybów workowców,

albo pąk łuskę zimową u drzew, bądź to opuszczającemi w bólu ściskujące się łono matki, co się łączy z zachwytywaniem powietrza na własną odtąd przedsiębiorczość i śmiałość. Rozpoczyna się wtedy odskok w nowe życie, jakby za radą Krzywego z Peer Gynta: „Nie mijać, lecz skoczyć!" Jest to hasło ogólne, przeciwne naiwnej wierze w ciągłość u Komensky'ego i Kanta, oraz starodawnej formułce: „natura non facit saltus". Jest to Supińskiego „przekraczanie", Słowackiego „Urodziny w Nowość", jest to ów szczebel drabiny, którego wskaźnik mieści się w przebiegu wypośrodkowanej przez Lewesa i Lloyd Morgana „emergent evolution", w nieskończonej gamie kwantów Plancka. Jest to odskok, ale i trwanie przy swojem, bo siła odskoku i kierunek tkwi zawsze w jego podstawie. Ciągłość z nieciągłością zawsze się uzupełniają, w myśl Mikołaja z Kuzy i Jakuba Boehme. Nawet skok od trójwymiarowości bryły do wielowymiarowości przestrzeni, od nieskończonego geometrycznego szeregu ułamkowego do całości liczbowej, starają się matematycy z ciągłością pogodzić. Wysiłek ten uznać należy, cokolwiek bądź sądzi o ścisłości matematyków i t. zw. nauk ścisłych (z urojenia?) i o wartości postanowień, powziętych przez matematyka przy biurku Bernhard Hart w „Psychology and Psychiatry (Proc. roy. Soc. Med. 25. 187 i n. 1931). Lecz nawet i Kant jest, zależnie od wątku swoich założeń, zwolennikiem ciągłości, gdy coś o niej świadomie orzeka, zwolennikiem zaś nieciągłości, gdy się zastanawia nad transcendentyzmem i nad transcendentalizmem, o ciągłości matematycznej zapominając. Kompleks uwalniania się od rodzicielki i od miejsca powstania zjawia się równocześnie, albo z pewnem przesunięciem i zazębieniem terminów z kompleksami „oralnemi i analnowisceralnemi", na które zwróciła uwagę szkoła Freuda. —

Kompleksy złączone z uwalnianiem się od rodzicielki, od pnia, trwają poprzez walki z rodzicami, z urazami psychicznemi na tem tle, aż do bojowania genjuszów prawdziwych, lub domniemanych, z trzodą społeczną. U niektórych psychicznie chorych rozgrywa się to np. w szamotaniu się Synów Bożych z Szatanem, Antychrystem, upostaciowanym w którymkolwiek z pielęgniarzy, doktorów, czy w samym dyrektorze, a nawet nieraz w urzędniku administracji biurowej, albo w masażystce. Ma czasem taki chory „świętość" w samym sobie, której się sprzeciwia Lucyper, stający między nim a ubezwładnionym przezeń najżyczliwszym lekarzem.

Rzeczywiste ucieczki, nię tylko ideowe szamotanie się, znane

są w psychjatrji francuskiej ogólnie pod mianem fugues, w psychjatrji niemieckiej, jako Wanderzustände. Napotykamy tę „poriomanję“ u histeryków, psychopatów, paranoików, jakoteż i u schizofreników.

Do uwalniania się spod władzy rodzicielskiej należą kompleksy na obszarze ogólnej patografji ujawnione w walce Henryka ukoronowanego z Grzegorzem w tyarze, Bolesława Śmiałego z Szczepanowskim, Frycza Modrzewskiego z legatem, Lipomano, pragnącym go otruć w skrytobójczy, włoski sposób. Należą tu i wszelkiego rodzaju boje tytanów z Olimpem, a choćby młodzieńczych najczęściej, lecz czasem i siwiejących ateuszów z Bogiem, Mesjaszów z arcykapłanami, Spinozy i Uriela Acosty z Sanhedrynem, Don Kichota z wiatrakami, porywanie się na masonów owieczki parafjalnej, a także i niejednego psychicznie chorego z głową pełną urojeń, zaczerpniętych z prasy codziennej, będącej jakby w zmowie z amboną, w stosunku do masonerji anafilaktycznie przeczuloną.

Z dzieci energicznie uwalniających się z pod wpływu rodziców i szkoły, z dzieci niegrzecznych, uczniów krnąbrnych, szeregują się nieraz ludzie genjalni, zdobywcy lądów, pionierzy dzikiego Zachodu Ameryki Północnej, rycerze Ukrain, zdobywcy Sybiru na Wschodzie Eurazji, lecz czasem i zbrodniarze. Dzieci pogwałcone, którym próby wyzwolin się nie udały, dają zastępy, biednych urazowców, albo w najlepszym razie filozofów do życia praktycznego niepodatnych z powodu nadmiaru nagromadzonych hamulców duchowych. O filozofach tych pisze Herzberg w książce Zur Psychologie der Philosophie und der Philosophen (Lipsk 1926).

Aspekt li tylko seksualny w kierunku opanowania przez libido, nadał wymienionym kompleksom uwalnianiania Freud, zatapiając je w kompleksie Edypa, w kompleksie nienawiści syna ku ojcu, który jest mężem matki. Edyp zabił Lajosa, nie żywiąc doń żadnej nienawiści, ani nie wiedząc o tem, że ojcem jego był ktoś, który mu w wąwozie drogę zajechał, żądając, by mu ustąpiono. Matka posiada zrozumienie wobec syna, współczuje z nim, w jego pragnieniu usamodzielnienia się, ponieważ już raz go swobodą obdarzyła, w chwili rozkosznie bolesnego porodu; matka nie jest kochanką syna, lecz raczej powiernicą, albo niczem więcej, jak właśnie matką, matką Makchabeuszów, lub Grakchów. Kochanka młodzieńca jest matką dziecka przyszłą, kochającą ze swej strony

w kochanku ojca, króla i pana, obok którego, choćby, gdy nieszczęście tak chce, i Gunterem tylko był, nie scierpi żadnego Zygfryda.

Dalszym ciągiem uwalniania się od rodziców, połączonego z pilniejszem jeszcze porzucaniem dziupli z jej zaduchem, jest kompleks odgradzający żeglarza od szczurów lądowych, od lamentującej kochanki i żony, kompleks Hektora, jest i kompleks tęsknoty do zdobywania całego globu przyziemnego, później i kompleks „niebieskiego ptaka", dążącego do zdobycia powietrznych przestrzeni aż do stratosfery i poza nią, do przemierzenia przestworów międzyplanetarnych. Kompleksem Dantego, należącym tu, jest chęć wyrażona w zwrocie o dążeniu „do słońca i do innych gwiazd", na który powołuje się niejednokrotnie Jan Karol Kochanowski w Echach prawieku i błyskawicach praw dziejowych. W zakresie socjologicznym kompleks uwalniania się od ściślejszej łączności z rodziną idzie w kierunku odrywania się od regjonalizmu i dzielnicowości poprzez narodowość do kosmopolityzmu, wyrażonego we wszelkim „katolicyźmie", emancypowanie się od przynależności do warstwy społecznej na korzyść idei państwowości.

O wiele później od kompleksu odrywania się od rodziców pojawia się kompleks seksualny, jako taki, w czasie, kiedy zwolna jak przypuszczać by można, giną wpływy, czy to szyszynki, czy tylko pewnych jej części, czy to zanikającej z wiekiem młodocianym grasicy, a wysuwa się na pierwsze miejsce, nieraz w gwałtowny sposób, zmieniając całe dotychczasowe usposobienie i temperament, oddziaływanie gruczołów seksualnych, zapładnianie i zapłodnienie, kiedy rozpoczyna się symbioza organizmu z plemnikami i z jajeczkiem.

Zmiana, przemiana, o której tu mowa, nie potrzebuje być nagła, ani ostateczna. Kompleksy uwalniania i kompleksy seksualne mogą trwać obok siebie, rodzić się jedne podczas trwania drugich, ustępować sobie, rywalizować z sobą, albo iść w parze. I tak chłopiec albo dziewczynka, jako typy seksualnie swoiste, z góry inaczej zachowywać się będą w stosunku do uwolnienia się, do zdobywania dla siebie „własnego bytu" (Aufbau des eigenen Daseins H. Vorwahl. Sozialpsychologie der Verpuberträt. Z. Menschendke. 3 p. 256 r. 1927). każde z osobna, jako też w dążeniu obopólnem.

Z kompleksem seksualnym i silnie podkreślonem libido, walczy kompleks heroiczny — Herkulesa na rozdrożu — ażeby

zaczerpnąć tam, gdzie Freud szukał swoich przykładów, w heleniźmie, albo i kompleks rycerza zakonnika z czasów wojen krzyżowych Kompleks czci dla naiwnego bohatera wysuwa w sposób przekonywający psycholog i pedagog Stefan Szuman. chociażby tylko z powodu Sporu o Sienkiewicza z punktu widzenia psychologji (Gazeta Polska, 3 lutego 1924) Stefan Szuman osądza bardzo trafnie naiwny entuzjazm dorastającej młodzieży. I psychjatra, nie tylko psycholog i pedagog, liczyć się umie z naiwnym entuzjazmem.

Z tego powodu czerpie razem z Freudem z wzorów starodawnych literatur helenistycznej, judaistycznej, nordycznej i z współczesnej opowieści historycznej, gdy chodzi o kierunki psychoanalityczne. Z postaciami z burżuazji, specyficznego drobnomieszczaństwa i jemu podobnego pospólstwa, choćby należącego do mieszkańców najpierwszych stolic, psychjatra szukający wyraźnych konturów, prawie, że się nie zadaje. Nieprawdziwem jest dlań z tego powodu wyrokowanie Ignacego Matuszewskiego w książce, Słowacki i Nowa Sztuka: „Jeden rozdział Balzaca więcej zawiera i porusza problemów psychologicznych, niż Iljada i Odyseja, razem wzięte". Na zdanie to nie zgodziłby się zapewne i Słowacki, z powodu którego je wygłoszono, albowiem sam był helenistą i z helenizmu czerpał wzory. Słowacki, powieści w stylu Balzaca nawet napisać nie umiał, mimo próby w tym kierunku. Stało się to ku chwale nieśmiertelnego jego pióra. Ignacy Matuszewski sam na innem miejscu swojej tu wymienionej książki zapominając o pospolitości współczesnych romansów, najbardziej chociażby psychologicznych, z urojenia czyli też prawdziwości, pochwala w dziwnej sprzeczności z sobą samym entuzjastycznie twierdzenie Gustawa Moreau, całkiem przeciwne, że „niema namiętności, nawet najsubtelniejszej i najżywszej, którejby nie można odtworzyć symbolicznie przy pomocy legend i motywów starożytnych", pozbawiwszy niestety słuszność twierdzenia całego „żądła prawdy" przez niewykreślenie dodatku: „odnawiając je" (legendy) „naturalnie i przystosowując do wymagań dzisiejszych". Dodatek ten brzmi blado i ustępliwie. Czytelnik pyta się: Czy możliwem, że to Moreau, który tak pisze?

Psychologję wieku dojrzewania rozpatrywa ogólnie i wszechstronnie w nauce polskiej Stefan Baley.

Konflikt kompleksów seksualnych, związanych i tak jedynie z wstępem do zakresu o wiele rozleglejszego dążności rozrodczych,

zacieśnianych przez Freuda do kompleksu Narcyza z pewnem promieniowaniem w kierunku dotkniętego tu już kompleksu Edypa, z niezawsze obcemi mu kompleksami socjalnemi, które omawia Stefan Borowiecki w swojej pracy o Stosunku ja do otoczenia w nerwicach, oraz z bohaterskiemi, rozgrywa się obrazowo w literaturze greckiej na tle złożonych kompleksów, jak kompleks Ulisesa, przywiązanego do masztu z niepozatykanemi uszami,. podczas zdradliwego śpiewu Oceanid, jakoteż kompleks Tezeusza, zostawiającego Arjadnę na wyspie Naksos. W kręgu objawień i legend żydowskich, kompleks Mojżesza z rozbiciem przezeń tablic dziesięciu przykazań na widok par pląsających naokoło złotego cielca, którego chciwy Aron, wziął już zapewne w posiadanie, kompleks dający obraz walk Izraela i jego proroków z Beel-Fegoren i córami Moabu, kończy się zwycięstwem, podobnem do tego, jakie odniosły nad Narcyzmem Freuda ideje Adlera i Junga.

W kompleksie wzmożenia twórczości społecznej, proroczej i wieszczej w wieku około 30 lat upatrywać można sublimację siły rozsiewu plemniczej, przytłumianej tendencji zapładniania fizycznego. Podobne tendencje mogą się odezwać i przekształcać u starca przed ostatecznym zanikiem rozrodczego i tem złośliwszego w domaganiu swoich praw siejbowładztwa. Że twórczość społeczna, prorocza, bohaterstwo, mają coś wspólnego z siejbowładztwem plemniczem, na to wskazuje żywot chociażby Adama Mickiewicza, u niewiast z zaciekawieniem połączony, pociąg do proroków, poetów, bohaterów, wodzów, naczelników państwa, osób ukoronowanych i wszystkich wielmożnych duchem. Parsiwal spośród niewiastek, oblegających go, wyplątać się nie może. Liczny jest zastęp kobiet entuzjazmujących się w stosunku do Gandhi'ego. Świeżo opisał 29-letniego proroka, cieszącego się powodzeniem Esposel w Étude psychiatrique d'un prophète (Rev. sud-amér. Med. 1. 525—535. 1930). O Macochach i Rasputinach mówić obszerniej byłoby rzeczą budzącą niesmak. Przykrem jest też wspominanie powszednich ofiar, niedorosłych do idei celibatu. —

Warto jednakże, chociażby mimochodem ze względu na stosunek Mojżesza do Żydów, tańczących lubieżnie i rozwioźle, ulegających wpływom obcego im szczepu Moabitów, albo kiedyindziej samego Babilonu, zwrócić uwagę, że nie we wszystkiem dzieje się wedle mniemania Wirszubskiego, wyrażonego w jego „Ocenie krytycznej nauki Freuda" (Nowiny Psychjatryczne, Rok IX.

1932). Nie samo pochodzenie rasowe Freuda wpłynęło niezawodnie na jego naukę i zbyt jaskrawe podkreślenie momentu seksualnego, lecz może i zetknięcie się z Moabitami Paryża, tego nowoczesnego Babilonu, z którym rywalizuje to, czy owe miasto, czy stolica kultu Beel-Fegora, czy samego Bala na wschodzie albo i północy. Żydowin Freud uległ zapewne wpływowi Francuza, Moabity, Charcot. Judaizm sam czysty, nieskażony żadnym galizmem, ani balizmem, dawał nam proroków, dał nam Mojżesza i Zbawiciela. Prorocy z Mojżeszem na czele zwalczali Beel-Fegora i Bala na każdym kroku, Zbawiciel pokonał ich ostatecznie, tak jak Archanioł Michał strącił do piekieł ducha zaprzeczenia i zwątpienia w dzieło Boże. Zwycięstwo Zbawiciela było całkowite; to też litował się tylko już nad pokutującą Magdaleną, nie płonąc od gniewu, jak niegdyś Mojżesz. Zbawiciel należy do kręgu idei Judaizmu, zwyciężającego i tryjumfującego nad światem, mimo helenizmu, mimo zaprawienia patrycyzmu Platonizmem, mimo scholastycyzmu zakażonemu Arystotelizmem, mimo rozwiozłości renesansu. O Bogu Ksenofanesa i Arystotelesa wiedzą tylko uczeni. Ksenofanesa i Arystotelesa Bóg helenistyczny nie jest tym Ojcem Naszym, w którego przemienił się Bóg w Modlitwie Pańskiej i w całej ewangelji. —

W literaturze polskiej przezwyciężeniem Narcyzmu na korzyść ogólnoludzkich heroicznych dążeń jest u Mickiewicza przemiana Gustawa w Konrada, której muzą i kapłanką była Maryla, a tłem wskrzeszenie ojczyzny. Podobną walką i zwycięstwem nad Narcyzmem jest eksorcyzm, wykonany na Kornelji przez biskupa Wiktora w Irydjonie. Bolesław Śmiały w Królu-Duchu uległ na razie, splamił się świętokradczo wobec Mścisławy, chociaż mu się „zbliżeniem rąk na złotym pasie, świętą być wydała". Do czego byłby urósł w dalszym ciągu Króla-Ducha Bolesław Śmiały, tego się tylko domyślać wolno, ponieważ opowieść o nim nieukończona.

Na korzyść, na obronę Bolesława Śmiałego w Królu Duchu, można wysunąć kompleks żądzy poddania się gwałtowi, znany już u Rzymian, na co zwraca uwagę Paul Plaut w rozprawie Zur Psychologie der Notzucht und ihre forensische Bedeutung (Kriminal. Mh. 4 p. 106—110). Kompleks ten, rozpowszechniony u dziewcząt, sublinuje się w lęk wyczekujący, ujawniony zewnętrznie w rumieńcu i niewypowiedzianym uroku niewinności i w całej niezgłębionej przepaści spojrzenia, z czem mężczyźnie prawemu

walczyć nie sposób. Mężczyzna musi zdobywać, przełamywać opór, gdy go „niewinność dziewczęcych ust rozzuchwali". Wzbudzi co prawda, gniew świętoszka, jak Bolesław Śmiały ściągnął na siebie gniew biskupa, lecz nie narazi się na zemstę tej, którą poniechał, uwierzywszy w szczerość obrony, nie okryje się hańbą śmieszności, właściwej bibilijnemu Józefowi.

O wstydzie, jako ukrytej pożądliwości pisze Maccurdy w The biological signifance of blushing and shame, (Brit. I. Psych. 21 p. 174—182. 1930), przyrównywując tę pożądliwość maskowaną do pokrewnego ukrywania żarłoczności za pomocą obyczajów zachowywanych przy stole biesiadnym. We wstydzie widzi autor angielski utajony ekshibicjonizm. Przykre i daleko idące jest to, co Maccurdy pisze, lecz nakłania do zastanowienia i do przypomnienia sobie maksymy, że zrozumieć wszystko, znaczy tyle, co wszystko wyrozumieć.

Dla zagadnień dotkniętych tu znajdujemy uzupełnienie w symbolach z nordyckich sag i pieśni Nibelungów. Wyrozumieć należy zgwałconą Brunhildę, zazdrosną Krymhildę i usłużnego gwałciciela Zygfryda. Trudniej już będzie o wyrozumienie dla Hagena, mściciela zgwałconej, ponieważ Hagen ucieka się do zdrady. Najgorzej wypadnie sąd o Gunterze, korzystającym z przysługi gwałciciela, lecz i jego można wyrozumieć za niezdobycie się na gwałt, godny słodkiego wybaczenia, którego chętnie udzielały rycerskie córy północy. —

Dla uspokojenia nowoczesnego, kulturalnego nastawienia, podkreślić należy, że pojęcia gwałt nie trzeba równoważyć z brutalnością, bezwzględnie fizyczną i całkiem niegodziwą. Przecie mówi się z pełnem nabożeństwem o gwałcie, którego wyczekuje Królestwo Boże wedle słów samego Zbawiciela.

Bardzo ogólną sublimacją Narcyzmu w kierunku przezwyciężenia go przez „Marylizm" jest idea częstokroć paranoiczna o Synostwie Bożem, wpominana tu już raz przezemnie, lecz w innym związku. Gdy ideją Synostwa Bożego przejmie się genjusz, jednostka z noo- i tymopsychą ponadnormalną, jednostka, której ideje wcielają się w cały naród, czy w ludzkość, gdy jednostka ta stanie się zgoła ideją, w czem pomaga często męczeńska i wczesna śmierć — i Smith, twórca sekty Mormonów, potrafił umrzeć w porę — urojenie paranoiczne o Synostwie Bożem staje się prawdą, jak prawdą jest i to co pisał Juljusz Słowacki:

„Ta myśl, że tego dawniej nie było, albo, że i to doktorowie wytłómaczyli, niech ci nigdy nie staje na drodze, w wierze; ja ani pod doktorów sąd, ani pod sąd wiekowych doświadczeń nie schylę głowy mojej... Czego dotąd nie było będzie, skoro mocniejszymi będziemy w uczuciu, Synostwa Bożego, które Chrystus nam zostawił, jako najpiękniejsze dziedzictwo".

Wśród psychicznie chorych Synostwo Boże przenoszą na siebie bezpośrednio szczególnie katolicy. Protestantów charakteryzuje przejmowanie na drodze ku Synostwu Bożemu roli św. Pawła, albo i Marcina Lutra z jego wystąpieniem w Wormacji: „Hier bin ich, hier steh' ich, so wahr mir Gott helfe!" Wypowiada się to z emfazą pastora, przemawiającego od ołtarza, czy pacjent jest mężczyzną, czy osobnikiem żeńskiego rodzaju. Jest to bardzo wyrazisty nieraz kompleks Marcina Lutra.

Niższym stopniem hierarchicznym od Synów Bożych zarówno, jak i od Marcina Lutra, zadawalniają się słudzy Boga, ujawniający się nieraz w osobach błogosławionych stygmatyków, ofiarujących usługi kapłanom parafji, gromadzących dla siebie łaski, przywileje i odpusty, zapewniające odpowiednie miejsce po śmierci w niebie. Objawia się tu kompleks zdobywania małych zysków, kleptomanji dewocjonalnej, podobnej do tej, którą opisuje Verhaeren w swoich Petites Légendes, szczególnie w osobie Armenz van Kelle, oraz Odier w Le complexe du petit profit (Rev. franç. psychan. V. 402—423).

Jak wojna Trojańska, będąca pomstą za rabunek Heleny, łączy kompleks płciowy, czy raczej małżeński z kompleksem bohaterskim, łącznikiem popędu płciowego z troską o znaczenie, o zwycięstwo, o zdobycie przewagi, o przelanie swoich cech rozrodczych, jest w życiu zwierząt i ludzi jak i wszelkiego biontu, popęd wojowniczy, wysunięty np. przez H. Simonnet w L'instinct combatif et ses rapports avec l'instinct sexuel (L'Hygiène mentale 1934), uwidaczniający się u człowieka i zwierząt i roślin w niektórych narządach, oraz w sposobach zachowania się. Należy tu groźne brodziszcze starodawnego Kelta, czy Germana, albo nowocześniejszego muzyka, rogi, grzywy, skrzydła roztaczane z szumem pocierania ich o piasek i zioła, ogony ustawiane w oślepiające argusowe kręgi, potrząsane z chrzęstem, klekotanie skrzydłami u samczyka wstęgówki przy zbliżaniu się do samiczki, co przypomina złowieszcze, klapnięcie szczęk nietoperza, motyli nocnych łowcy zawołanego. Należą tu kolce, włosy i przyrządy parzące u róż, ostów i pokrzyw.

U pszczół żądło posiadają nie samczyki, trutnie, lecz królowe i robotnice.

Nie tylko Mojżeszowi wyrastają rogi wedle niedokładnego przekładu Pisma Świętego u katolików, a więc i u Wujka, w którem rozczytywał się Słowacki, piszący w Beniowskim o błyskaniu nakształt Mojżeszowych rogów i wedle przedstawienia w rzeźbie u Michała Anioła, ale na ogół i u łagodnych nawet poza czasem rui zwierząt roślinożernych. Zaburzenia psychiczne pojawiają się w zasięgu popędu wojowniczego, na tle kompleksów wspomnianego tu już Guntera z pieśni Nibelungów, Gunara z Nordyjskiej Wyprawy Zbrojnej Ibsena, Jana Bieleckiego, któremu Sieniawski dom zburzyć kazał i ślad po nim przeorać, na tle współczesnem u tych, którzy miast pod Kijów ruszyć, czy pod Nową Rarańczę, Żnin, Piłę, Poniec lub Racibórz, woleli „przebywać na etapach", starając się o nabycie psychozy wojennej, przekształcając się później, gdy niebezpieczeństwo minęło, z tchórzów i domniemanych tylko, jak niegdyś Zagłoba, bohaterów, na najgorszych elekcyjnych, czy sejmowych warchołów. Istnieje dla psychjatry-patografa kompleks Zagłoby, czy też bardziej historyczny kompleks banity Zborowskiego, albo zgorzkniałych, od polityki czynnej usuwających się polityków, czy politycznych kretów i im podobnych opluwaczy i proktofantasmistów, odsuniętych o żłobu, i kompleks tragiczny pokutniczego rozmowcy z Matką Makryną Mieczysławską, bluźnierczy z nad grobu Agamemnona, kompleks Zygmunta Krasińskiego z jego ucieczkami (?) do chorób, ocznej i żołądkowej, że piewca Glosy Św. Teresy ujśćby mógł prawie, że za stygmatyka ubłogosławionego. Sienkiewiecz odniósł się do Zagłoby dobrotliwie, obdarzając go łaskawie na schyłku żywota rolą piastuna przyszłych bohaterów. Nie tak, jak Sienkiewicz z warcholstwem Polaków, załatwiał się z warcholstwem Ateńczyków Arystofanes w Rycerzach, stwarzając w nich prototypy karykaturalnych, przedstawicieli narodu, dbających przedewszystkiem o sprawy żołądkowe, mniej o godność tegoż przedstawicielstwa i jego obowiązki.

Beznadziejnie smutne są psychozy urazowe na tle bezpłodności, czy to z winy zewnętrznej, czy wewnętrznej, pominięcia przez ukochanego, utraty ukochanej, czy ominięcia sposobności przez siebie samego. Przed rozpaczą nad nienawistnym losem ratuje urazowców, nie mających prawego dziedzica, pozbawionych nieśmiertelności w potomstwie, uzdrawia całkowicie nieraz twórczość

duchowa, unieśmiertelnianie swojej osoby w dziełach pióra, pędzla, dłuta, w stworzeniu „szkoły“. Lecz i twórczość duchowa zna swoje tragedje, zwątpienia i psychozy, gdy np. taki Goethe spostrzega, że nie pozostaje po nim nietylko dziedzic imienia i krwi, ale i ducha, a co gorsza, że duchowy bękart taki, jakim był w jego mniemaniu poeta von Arnim, zabiera mu nad wyraz umiłowanego przezeń skrzata i muzę zarazem, jaką była dla Goethego przez czas pewien Betina Brentano. Wyrazem sublimacji na tle psychoz związanych ze skazaniem na bezpłodność, jest przywiązanie u psychicznie chorych do kotów, kanarków, synogarlic, kawek w klatce, rozpowszechnione w zakładach psychjatrycznych. Najbardziej rozmiłowanymi chodowcami pawi, kobajów laboratoryjnych i myszek są psychicznie chorzy, szczególnie zdziecinniali starzy paranoicy. —

Pozostawienie po sobie dziedzica łączy się z wychowywaniem potomka i z zaburzeniami, gdy syn Odyseusza nie jest Telemachem, gdy Wergiljusz nie znajduje sposobności oprowadzania Dantego, chociażby i po piekle. Nie zawsze bowiem ojciec każe wynosić syna psom i ptakom na pożarcie, jak w legendzie o Edypie, nie zawsze mistrz Solnes znienawidzi syna, jak u Ibsena w jego dramacie. Uczą zwierzęta w zabawach sposobu walk swoje młode, wprawiają kury swoje pisklęta do szukania żeru, wyćwicza kotka w chwytaniu myszy swoje kociaki, pokazuje cięcia szabli wnukowi jeszcze nawet i Dziadunio. Dla przyszłego obywatela państwa buduje się i utzymuje szkoły; rolę rodziców przejmuje pedagog. Wszelkie nieudanie się dziecka, tak samo, jak brak jego, a dla krótkowzrocznych choćby usamodzielnienie się ucznia i wybór własnego przezeń kierunku, może być przyczyną zaburzeń psychicznych i zniechęcenia, paranoicznego zamknięcia się w sobie aż do ostatecznego przygnębienia lub manjakalnej złości. Należy tu np. w obrębie patografji w dziejach literatury konflikt Sienkiewicza z Młodą Polską, który wywołał w dalszym ciągu wystąpienie Stanisława Brzozowskiego, nacechowane znamionami stanu „sine nobilitate“, snobizmu godzącego w Sienkiewicza, a podobnego do napaści tegoż samego niefortunnego pisarza wobec Mirjama, napiętnowanej słusznie przez Stefana Żeromskiego w jego Projekcie Akademji Literatury Polskiej, w jego nakazie dążenia „do ukrócenia uroszczeń tak zwanej krytyki“.

Życie biednego człowieka napotyka jeszcze na końcu dni, zanim śmierć, „pocieszycielka wszystkich“, przymknie mu powieki,

kompleks ostatni, wysunięty przez Pauncza, jako negatyw kompleksu Edypa, kompleks Leara i wzorowana na nim tragedja Matki w Balladynie. Kto wie, czy nie gorszy to kompleks od obaw, któ re opanowywają niezawodnie starców u niektórych ludów pierwotnych, starców przeznaczonych na śmierć przez uduszenie. —

Na tle pogotowia psychicznego, zarysowanego wyliczonemi tu przezemnie kompleksami, jednemi z wielu jeszcze innych, jak np. i te, które wyczytać i wysnuć można chociażby i z Dretlera pracy: O objawowych zespołach paronoicznych, przetykają swoje różnobarwne nici, postaci i wzory, niby na kanwie jakiej, poszczególne psychozy reaktywne z ich fenologicznie indywidualnemi ucieczkami przed chorobą i ku chorobie, zarówno pod względem cielesnym, jak i psychicznym, jako to neurastenja i hipochondrja, oraz histerja, czy pitjatyzm, z ich ekologicznem odgradzaniem się, ale i stowarzyszaniem się, zrzeszaniem, jako to paranoja i stany paranoiczne, a może i niektóre formy hebefrenji i katatonji, oraz psychozy folies à deux i psychozy nagminne religijnych, kastowych i politycznych zespołów. Należy tu antykościelna psychoza Towiańczyków, tyranja komunistów, nieliberalność liberałów, antynacjonalność nacjonalistów, niedemokratyczność demokratów, antysemityzmy, antyfeminizmy, mizogynizmy, antymasonizmy, czy raczej semito-, femino-, andro- i masonofobje, osobiste i nagminne. —

Ucieczkę ku chorobie ułatwia czasem zachowywana możność wycofywania zleceń, które niegdyś w łańcuchu pokoleń psyche przekazała psychoidzie i jej automatyzmowi. Możność ta objawia się np. u stygmatyków w ujęciu zjawiska przez Kraepelina i Kretschmera, omawianem przez Prägera w rozprawie o Zaburzeniach czuciowych w nerwicach powypadkowych (Nowiny Psychjatrcczne. Rocznik X Zeszyt I-II. 1934). Z genologiczną zależnością od poszczególnych zespołów konstytucyjnych idą w parze różne postaci psychopatji a i wrodzone skłonności do nadmiernej lub zwyrodniałej seksualności, do alkoholizmu i narkomanji. Należą tu patografje z życia i dzieł np. Edgara Poë, Baudelaire'a, Żeromskiego. Laforque w rozprawie: Devant la barrierè de la névrose, étude psychanalitique sur la névrose de Charles Baudelaire (Rev. franç. Psychanal 4. 276 i n. r. 1931.) podkreśla między innem i sadomasochizm wybitnego poety. Żeromski skarży się w Przedwiośniu, że mu nie wypada opisywać jakiejś śliskiej przygódki w podobny sposób, jak to czynili pisarze renesansu. Zapomina o Słowackim i jego wskazaniach w Królu — Duchu w łączności z Mścisławą. Nam

Polakom nie w renesansie szukać wzorów w niewolniczy sposób. Nad tem wszak czuwają na Wawelu dwa dotychczas groby.—

Wymienione reaktywne psychozy, których etiologię na tle psychoidalnych zjawisk pogotowia psychicznego w ciągu całego ludzkiego życia starałem się przedstawić, zalicza Casimiro Frank do swoich „kortykoz“ i „kortycytów“, oddzielając je od „kortycytów całkowitych“, połączonych z „syndromami całkowicie organicznemi.“

Casimiro Frank ma słuszność, kładąc nacisk na zależności reaktywnych psychoz przedewszystkiem od kory mózgowej co się przecie zgadza i z ogólnem mniemaniem o psychogenności psychoz reaktywnych. Motyw przewodni, uwalnianie się, jest jakby najważniejszą treścią spełniania zadań, jakie nakłada dusza kory mózgowej w zdobywaniu całej świadomości z jej poznaniem świata, uczuciowem zadowoleniem z tego powodu i wykonywaniem pobudek woli. Wszystko, co temu najważniejszemu motywowi korowemu stawa w drodze, może być przyczyną urazu i reaktywnej psychozy. Freud ujrzał największe niebezpieczeństwo w walce kory mózgowej o przewagę od strony seksualizmu, od strony symbiozy ducha świadomego z duszami plemników i jajeczka z endokrynnemi ich jadami i nie zdobył się, jak Mojżesz na zdruzgotanie tablic, lecz, jak Aaron, poczynił ustępstwa. Duch kory mózgowej, pełna świadomość, z wszystkich słabości się otrząśnie, nie uwierzy w nie, tęskniąc do nowych tablic, w czem jej pomoże psychoterapja, mniej ta, która często, zbyt skrzętnie i długo wroga wykryć się stara za pomocą dociskającej i natarczywej antyseptycznej prawie metody, jak raczej ta, która aseptycznem jakoby sposobem każe wprost iść do wyższych celów, wyiskrzonych na szczytach Synaju, psychoterapja zajęć i spełniania zadań społecznych i narodowych, a której poplecznikiem był Piotrowski i jego szkoła. —

Psychoterapją zapobiegawczą przeciwko psychozom urazowym pragnie być, jest nią nieraz nowoczesne harcerstwo, szczególnie to, które za wzór sobie stawia postaci takie, jakie wskazuje Bernard Chrzanowski, w szkicach zebranych pod tytułem: Z Ojczyzny. pragnąc jakoby stać się polskiego harcerstwa i młodzieży polskiej Plutarchem. Psychoterapję zapobiegawczą, profilaktykę psychiczną, uznaje każdy postępowy psychjatra.

Étiologie des psychoses réactionnelles basée l'évolution de l'individu.

Ce sont les doctrines d'Alexandre Piotrowski remontant à l'année 1913 et les doctrines plus récentes de Driesch, Bleuler, Pawlow, Mazurkiewicz et Bechtereff sur l'âme et ses différentes manifestations, qui servent à l'auteur de base pour l'étude de l'étiologie des psychoses réactionnelles à travers l'évolution de l'individu.

Cette évolution commence par l'émancipation vis à vis de la mère et des parents. C'est le complexe de l'oiseau quittant le nid, du marin voyageur, du chevalier errant, d'Hercule au carrefour, par lequel commence l'évolution de l'homme. Puis viennent les complexes plus ou moins sexuelles comme le complexe de Narcisse, le complexe mixte d'Oedipe, d'Éros et de la Psyché (Corneille-Racine), de Lohengrin (Wagner), des héros des Nibelungen. Au déclin de la vie surgissent encore les complexes du roi Lear et de l'individu sans héritier.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

dnia 26 września 1930 r.

Przew.: A. Piotrowski. Sekretarz: E. Dejter

I. P. Świerczek przedstawia:

1) mężatkę, P. K. 38 lat.

Pacjentka dziedzicznie nie obciążona. W szkole uczyła się źle, wskutek czego nauczyciel ją często bił, nieraz nawet uderzał jej głową o ścianę. Więcej szczegółowych wiadomości z lat dziecięcych pacjentki nie było można uzyskać. Zamąż P. K. wyszła w 1921 r., poronień nie przechodziła, ma jedno zdrowe dziecko. Mąż jej nie troszczy się o dom, stąd często zachodziły sprzeczki między małżonkami. W ciągu ostatnich lat pacjentka nie przechodziła żadnych gorączkowych chorób. Pierwsze objawy choroby psychicznej wystąpiły przed 2 laty: chora była okresowo drażliwa, to znów obojętna na sprawy domowe, gdy mąż z tego powodu robił jej wyrzuty, wpadała w złość i tłukła sprzęty.

Od 1929 r. pacjentka stale znajduje się w stanie podniecenia, w pierwszej części roku wałęsała się po wsi, od listopada zaś ub. roku leżała najchętniej w łóżku, zdzierała z siebie często ubranie, nieraz w ubraniu wchodziła do stawu i w przemoczonem ubraniu kładła się do łóżka; kał oddawała do łóżka lub w mieszkaniu na podłogę.

Dnia 20. IX. 1930. przywieziono pacjentkę do Zakładu. Badanie wykazało u niej bladość powłok skórnych; płuca, serce, narządy jamy brzusznej są bez zmian, odruchy kolanowe i odruchy ze ścięgien Achillesa bardzo żywe, inne odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe, patologicznych odruchów niema, objaw Romberga ujemny, chód prawidłowy, czucie zachowane, źrenice równe, reagują na światło i zbieżność; język przy wysuwaniu nie zbacza, nie drży, węstępuje drżenie rozsuniętych palców przy wyciągniętych rękach, próby nosowo-palcowej pacjentka nie chciała wykonać. Personalja podała dobrze, co do miejsca, czasu i sytuacji nie zorjentowana, na pytania przeważnie odpowiadała: „Nie wiem", złościła się, gdy lekarz powtórzył kilkakrotnie pytanie, co chwilę śmiała się bez powodu. Na pytanie, czy jest chora, odrzekła: „Ja chora jestem, cholera mnie bierze". Urojeń pacjentka nie wypowiada, nastrój u niej wesoły ale była to wesołość raczej sztuczna; badana często używała brzydkich wyrazów. Na oddziale mówi do siebie, skacze, śmieje się, tańczy; w nocy sypia dobrze.

Dziś na konferencji nie pamięta, kiedy przybyła do Zakładu, wie, że dziś jest piątek, bo jadła śledzia. Zapytana, czy kocha dziecko, odpowiada: „ktoby to dzieci nie kochał?". Na pytanie ile lat ma jej dziecko, mówi: „pięćset"; sądzi, że teraz jest miesiąc maj, „bo, majem pachnie". Na niektóre pytania pacjentka nie odpowiada, zwłaszcza wtedy, gdy odpowiedź wymaga wysiłku umysłowego. Zapytana, co sobie życzy odpowiada: „wszystko co jest na świecie: śmierć, życie, dobre jedzenie, oszukaństwo, oszukiwać wszystkich jak djabli." Nastrój pacjentki jest wesoły; asocjacje biegną w kierunku erotyki (na pytanie, gdzie jest jej mąż, odpowiada: „w portkach").

II. p. Wilczyński przedstawia:

1) pacjenta B. P., 41 lat, kawalera, bez obciążenia dziedzicznego.

W latach dziecięcych pacjent rozwijał się normalnie, ukończył szkołę powszechną i uchodził za bardzo zdolnego ucznia. Po ukończeniu nauki pracował najpierw w kupiectwie, później wyspe-

cjalizował się w dekoratorstwie okien wystawowych. W czasie wojny służył w wojsku kilka lat i wtedy miał „ataki nerwowe“, a po wojnie pobierał rentę, z powodu częściowej utraty zdrowia. Bliższych danych co do charakteru wyżej wymienionych „ataków“ niema, jak również nie można stwierdzić, na jakiej podstawie otrzymywał rentę wojskową. W 1930 r. B. P. praeował w Berlinie i pewnego dnia uwiadomiono rodziców, mieszkających w Polsce, że syn ich dostał napadu szału. Sprowadzono go do domu rodzinnego i tu objawiał często niepokój motoryczny, zdenerwowanie, nie stołował się u rodziców z obawy przed otruciem. Miewał okresy spokojniejsze i wtedy zajmował się swoją pracą zawodową. W bieżącym roku stan pacjenta się pogorszył, stawał się nieraz niebezpieczny dla otoczenia, włóczył się całemi dniami bezcelowo po mieście.

W dniu 13. IX. 33. r. znęcał się nad rodzicami i z tego powodu został oddany do tutejszego Zakładu.

Badanie pacjenta wykazało budowę szczupłą, stan odżywienia średni, w płucu prawem nad szczytem nieliczne rzężenia, tony serca głuche, narządy jamy brzusznej bez zmian, źrenice reagują, na światło i zbieżność, występuje drżenie przymkniętych powiek drżenie drobnowłókienkowe wysuniętego języka, drżenie rozstawionych palców przy wysuniętych rękach, odruch Piotrowskiego obustronnie dodatni, brak odruchu gardłowego i odruchów spojówkowych.

Personalja pacjent podaje dobrze, jest w miejscu, czasie i otoczeniu zorjentowany, pamięć i zdolność zapamiętywania zachowana, paradigmata powtarza dobrze, na pytania odpowiada chętnie i uprzejmie, kontakt z pacjentem dobry. Pacjent nie zdradza omamów, przeczy jakoby się czuł przez kogoś prześladowanym, zatarg z ojcem tłómaczy tem, iż samowolnie zajął pokój ojca i nie chciał go opuścić, wobec czego ojciec do niego przemówił w ostrym tonie, co pacjenta tak zirytowało, że również się podniecił, krzyczał, biegał, lecz nikogo nie uderzył. Po tem zajściu zabrano go do szpitala, a po upływie doby przewieziono go do tutejszego Zakładu. Dziś na konferencji pacjent na pytania odpowiada rzeczowo, jest zorjentowany, zachowuje się poprawnie i adekwatnie, wyraz twarzy ponury.

Dyskusja.

Ad I [1]) p. Świerczek podkreśla hypomanjakalne podniecenie chorej, p. Piotrowski zwraca uwagę na oligofrenję pacjentki i jej

stan manjakalny. Mamy przed sobą oligofreniczkę, która zachorowała na psychozę, z podnieceniem manjakalnem. Badana jest pomieszana. Należy odróżnić manję z pomieszaniem od pomieszania z niepokojem. Ruchy wtedy są nieuporządkowane robią wrażenie bezcelowości. U badanej natomiast niepokój ruchowy wykazuje celowość. Wobec tego należy tu przyjąć manję z pomieszaniem u oligofreniczki. Co do przyczyny psychozy, to może nią być anemja pacjentki. Trzeba zbadać jej krew i przez dłuższy czas mierzyć temperaturę. Dłuższa obserwacja chorej wyświetli sprawę pod względem klinicznym i etjologicznym.

Ad. II. 1) p. Piotrowski zaznacza, że pacjent jest zorjentowany, reaguje uczuciowo adekwatnie, jego smutny nastrój może być następstwem umieszczenia go w Zakładzie. Charakter pacjenta przypomina charakter epileptoidalny lub paranoidalny; jest to psychopata emocjonalny; Ważne dla oceny choroby jego jest stwierdzenie momentu, dlaczego badany pobiera rentę wojskową.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance.

w dniu 7 paździeżnika 1930 r.

Przewodn.: A. Piotrowski. Sekretarz: E. Dejter.

I. p. Świerczek przedstawia:

1) mężatkę A. K., 51 lat, podsądną. Brat jej miał chorobę psychiczną. K. w latach dziecięcych rozwijała się normalnie, do szkoły chodziła od 7 lat, uczyła się według podań męża dobrze, ukończyła szkołę powszechną; pierwsza menstruacja pojawiła się u niej w 16 roku życia. W 17 roku życia wyszła A. K. zamąż, miała 13 dzieci, z których 6 umarło na choroby dziecięce. Poronień nie przechodziła. Pożycie małżeńskie było dobre, gdyż pacjentka odznaczała się łagodnym charakterem, była wzorową żoną i gospodynią, biegle pisała i liczyła. W 1915 r. A. K. zachorowała na chorobę umysłową; była rozrzutna, gadatliwa, ruchliwa, pewnego razu zamierzała udusić swego małego syna, a drugiego chciała spalić. Przebywała w zakładzie psychjatrycznym 3 miesiące z rozpoznaniem Akute hallucinat. Verwirrtheit i została zwolniona w stanie polepszenia. Po powrocie do domu zachowywała się w ciągu 2 lat spo-spokojnie, ale do żadnej pozytywnej pracy nie była zdolna, poczem znów w ciągu 10 miesięcy była podniecona ruchliwa, agresywna,

Zwykle po kilkumiesięcznym okresie podniecenia, uspokajała się na okres około 2 lat. W końcu 1924 r. znów stała się podnieconą, kradła gęsi u sąsiadów, po nocach nie spała lecz paliła ogień w piecu, przytem śpiewała i gwizdała. 18 marca 1925 r. przybyła poraz drugi do szpitala i przebywała w nim do 30. VI. 25 r. z diagnozą: psychoza manjakalno-depresyjna; została zwolniona do domu w stanie polepszenia. W dalszym ciągu stan jej zwykle pogarszał się co dwa lata i to w okresie od października do lipca, była wtedy ruchliwa, biegała nocami po polach, kradła, często w nocy ogień paliła, wypędzała dzieci i męża z domu, wymyślała im w ordynarny sposób, pewnego razu wyjechała do Westfalji i tam popełniła różne kradzieże, za co siedziała w areszcie 6 tygodni. Często groziła sąsiadowi i mężowi podpaleniem, a w 1926 r. podpaliła sąsiadowi zagrodę. Mężowi kradła pieniędze i traciła je na pijatyki w karczmach. W okresach chorobowych była stale zła i nieprzystępna perswazjom. W przerwach między temi okresami pogorszenia była spokojna, niczem się nie zajmowała, unikała ludzi.

W kwietniu 1930 r. podpaliła własną stodołę, za co została osadzona w areszcie śledczym, a następnie jako podejrzana o chorobę psychiczną przekazana do zakładu psychjatrycznego na obserwację. K. przybyła do zakładu 27. IX. 1930. Badanie wykazało wzrost 163 cm., waga 57 kg., wymiary głowy: 58 cm, 15 cm, 18 cm, temperaturę normalną, płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian, w moczu ślady białka, źrenice okrągłe równe, reagujące na światło i zbieżność, odruchy ścięgniste normalne; patologicznych odruchów nie było; czucie dotyku i ciepła zachowane; personalja badana podała dobrze, była zorjentowana w miejscu i otoczeniu, rok i miesiąc wymieniła trafnie, bliższej daty określić nie umiała. Rachunki wykonywała bardzo powoli, paradigmata powtarzała dobrze. Podczas badania psychicznego K. na pytanie, czy jest zdrowa, odpowiedziała że jest chora, gdyż głowa ją boli i to najwięcej w skroniach. Halucynacyj ani omamów nigdy nie miała. Przyznała się do podpalenia stodoły, „ale uczyniła to nie z rozmysłem", chciała sobie upiec ziemniaki, więc zapaliła w pobliżu stodoły gałązki a ponieważ był wiatr, więc stodoła się zapaliła. Zapytana, czy ją kto do czynu namówił, odpowiedziała: „To tamten sąsiad; ja siedziałam i on szedł i mówił, że mam rozpalić ogień i pyrek napiec" Badana dodała iż żałuje, że się tak stało, ale nie myślała, że stodoła się spali. Mówi cicho, krótko, niechętnie, samorzutnie się nie wypowiada. Jej wyraz twarzy jest stale smutny, mimika osłabio-

na, uderza ogólne zahamowanie psychiczne i ruchowe. Na oddziale jest spokojna, małoruchliwa, przygnębiona.

Objektywne badanie inteligencji, wykonane za pomocą odpow. wzorów, wykazało u badanej wybitnie ubytki. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało zmian choroboych.

10. X. br. przy powtórnem wypytywaniu się o szczegóły podpalenia, K. opowiada: „Jak ja siedziałam niedaleko od stodoły, taki chłop szedł, ja nie wiem czy on sąsiad i mówił, że mam ogień rozpalić i pyrek napiec i szedł dalej. Siedziałam może ze 2 kroki od stodoły na wieczór, jasno było, miesiąc świecił, byłam słaba tak, jak teraz, zimno mi było, zapałki miałam w kieszeni po prawej stronie, jak chłop ten powiedział, tom trochę jeszcze siedziała, słomy było dużo, koło stodoły była jedna mała kupka, podpaliłam ją jedną zapałką no i zaś poszłam precz na pole, durch szłam, nie oglądałam się, tylko szłam, zaś się układłam i spałam w rowie, to było niedaleko G, prawie godzina drogi od domu. Na drugi dzień przyszłam do domu i zaraz mnie wziął policjant i zawiózł do R. i zamknął samą w jednej izbie.“ Zapytana, czy stodoła była ubezpieczona, K. odpowiada, że nie wie nawet, co to jest ubezpieczenie, gdyż mąż wszystkie sprawy załatwiał. Żal jej, że spaliła stodołę, ale ona tego nie chciała zrobić, nie myślała o tem, że stodoła może się zapalić od tej słomy.

Na konferencji lekarskiej K. na pytania odpowiada najczęściej „ja nie wiem“, nie pamięta, czy była już kiedy w D., podpalając stodołę, nie wiedziała wcale co robi.

W dalszym ciągu rozmowy podaje, że mąż jej pił często wódkę z zięciem, że mąż ją często bił z namowy zięcia. Na epilepsję nie cierpiała; miała tylko raz kurcze przy dziecku. Nieraz ma chwile, że nie wie, co robi np. pewnego razu położyła własne dziecko w poduszce na piec, chcąc je spalić, sama sobie tego faktu nie przypomina, a wie o tem z opowiadania, gdy oprzytomniała. Epilepsji w rodzinie nikt nie miał.

II. p. Wilczyński przedstawia podsądnego ślusarza S. Z., kawalera, w wieku 23 lat, dziedzicznie nieobciążonego. Pacjent w latach dziecięcych rozwijał się normalnie, ukończył 3 klasy szkoły średniej, następnie 3 kursy szkoły rzemieślniczej. W r. 1928 przechodził grypę, przedtem, nie chorował nigdy. Po powrocie ze służby wojskowej był bez pracy i z tego powodu miewał z ojcem zatargi, gdyż ojciec musiał go utrzymywać. Ojciec pacjenta miał kochankę W. D., która mieszkała w innym domu, ale często odwie-

działa ojca S. Z. był przekonany, że do zatargów, które miał z ojcem namawiała ojca kochanka, chociaż S. Z. nigdy wobec innych nie wyrażał się źle o niej, ani też nigdy nie miał z nią zatargów. Dnia 20. IV. 30. r. był S. Z. wraz z ojcem i tegoż kochanką w gościnie u sąsiada, tam pili dużo wódki, poczem W. D. czując się zmęczoną przyszła do mieszkania ojca pacjenta i położyła się na łóżku. Po upływie pół godziny przyszedł do tegoż mieszkania S. Z, chwycił ze stołu nóż kuchenny i zadał leżącej kilka śmiertelnych ran, poczem zabrał z szuflady fotografję, włożył na siebie płaszcz, pozamykał drzwi na klucz, udał się do swego kolegi i przyznał się temu, że zamordował W. D., a kiedy kolega poradził mu, aby się dobrowolnie zgłosił do policji, S. Z. chodził najpierw kilka godzin bezcelowo po ulicach, poczem oddał się w ręce policji, meldując o popełnionym przez siebie czynie. Na zlecenie sędziego śledczego został S. Z. poddany badaniu psychjatrycznemu przez 2 biegłych, którzy zalecili obserwację w szpitalu psychjatrycznym celem wydania ostatecznej opinji o stanie władz umysłowych S. Z. Dnia 26. IX. 1930. przybył S. Z. na obserwację psychjatryczną do D. Badanie stanu cielesnego podsądnego nie wykazało żadnych zmian chorobowych. Psychicznie Z. jest zorjentowany w czasie, miejscu i sytuacji; zna stosunki polityczne kraju; liczy szybko i dobrze; zdolność zapamiętywania dobra. O zabójstwie kochanki ojca opowiada ze spokojem, mówi, że do popełnienia tego czynu miał wiele powodów, gdyż gniewał się z winy kochanki z ojcem w ciągu $1^1/_2$ roku, ona namawiała ojca do sprzedaży mieszkania, starała się poróżnić ojca i syna, nigdy jednak nie nosił się przedtem z myślą zabicia jej; myśl ta powstała w ostatniej chwili przed czynem. Z. opowiada szczegółowo o tem, co robił w ciągu całego krytycznego dnia, podaje, że przebieg zabójstwa pamięta jak przez mgłę. Wyrzutów sumienia nie miał, odczuwał tylko nieokreślony lęk i niepokój wieczorem. Na oddziale zachowuje się zawsze poprawnie. Poddano go próbie tolerancji na alkohol. Najpierw dano podsądnemu mieszaninę o składzie: paraldehydi, mentholi aa 1,0, T-rae opii simpl. gtt. XX Sir. Cort. aurant. ad 200,0. Z. po wypiciu tej mieszaniny, którą uważał za napój alkoholowy, zachowywał się zupełnie normalnie, nie starał się udawać pijanego. Po kilku dniach dano mu $^1/_2$ litra alkoholu, którą to dawkę wypił w ciągu $2^1/_2$ godziny, poczem był bardzo gadatliwym, skłonnym do sprzeczania się, wykonywał gorzej rachunki, przy chodzeniu nieco się zataczał, nie był agresywny,

orjentował się cały czas w sytuacji i otoczeniu, był senny. Na następny dzień pamiętał wszystko z okresu picia.

Na konferencji lekarskiej podsądnemu przedłożono fotografję zabitej, którą ze wstrętem i złością odrzucił gwałtownie. W twarzy jego pochmurnej odbijał się gniew. Na pytanie, czyja to fotografja, Z. nic nie odpowiedział, po chwili odparł, że nie wie, wreszcie, na powtórne pytanie odrzekł, że fotografja wstrętna dlatego, że twarz zabitej taka nabrzmiała, że jest to zabita W. D. Sprzeczność między aktami sądowemi, które podają, że podsądny w okresie krytycznym nie miał zajęcia, a wywiadem zebranym w tutejszym Zakładzie, iż pracował w piekarni, Z. tłumaczy tem, że w śledztwie nie zeznawał dokładnie. Podsądny odpowiada niechętnie, nie żałuje zabitej, jest mrukliwy, opryskliwy.

Dyskusja.

1. p. Gorzkowski zaznacza, że niepamięć wsteczna u K. (o usiłowanych zabójstwach dzieci dowiedziała się badana dopiero później od otoczenia) przemawia za epilepsją.
2. p. Wilczyński w przypadku podsądnej K. proponuje pyromanję i poriomanję połączyć przyczynowo z menstruacją, jako czynnikiem wyzwalającym i to na tle melancholji.
3. p. Piotrowski odpowiada, że niepamięć wsteczna, brak urojeń poniżenia, czy też urojeń bezwartościowości, brak tendencji samobójczych, natomiast skierowanie czynów szkodliwych przeciw obcym osobom i motywowanie tych czynów zemstą, przemawia przeciwko melancholji. Ponieważ mąż zaprzeczył, jakoby żona przebywała jakąkolwiek chorobę gorączkową, oraz ponieważ brak jest objawów parkinsonizmu, wyklucza się encephalitis epidemica, chociaż nagła zmiana charakteru podsądnej mogłaby na to wskazywać. Główne objawy są tu: poriomanja, pyromanja, osłabienie inteligencji, kurcze przy dziecku, stany podniecenia gniewuego, stany utraty przytomności (chciała dziecko zabić, inne spalić, później nic nie wiedziała o tem,) okresowość tworzą zespół, który przemawia za psychozą epileptyczną. Jakkolwiek oligofrenicy z psychozą okresową (stany manjakalno depresyjne) przedstawiają nieraz podobny obraz, to w przypadku K. o oligofrenji nie może być mowy, ponieważ wywiady od męża wykluczają głuptactwo, pozostaje zatem psychoza epileptyczna. W stanach zaburzeń psychicznych

chora jest niepoczytalna. Mąż jak i inni świadkowie zeznali, że w dniu krytycznym, K. zdradzała anomalje psychiczne, była drażliwa, gniewliwa, wypędzała rodzinę z domu i gadała od rzeczy.

Do przypadku ad II p. Piotrowski zaznacza, że ani anamneza, ani akta sądowe, ani też obserwacja w Zakładzie nie wykazały żadnych momentów, któreby przemawiały za ostrą lub przewlekłą chorobą psychiczną w przeszłości i teraźniejszości. Podsądny jest psychopatą. Wszelako psychopatja nie czyni człowieka bezwzględnie nieodpowiedzialnym. Badanie wykluczyło również zaistnienie afektu patologicznego lub upojenia patologicznego u Z. (zachowana dokładna pamięć o wydarzeniu) w chwili popełnienia karalnego czynu. Podsądny nie znajdował się w chwili krytycznej w stanie rozstroju psychicznego, z powodu którego nie mógłby rozpoznać istoty i znaczenia czynu.

4. p. Świerczek w słowie końcowem oświadcza, że podsądna K. była i jest chora psychicznie; zaburzenia psychiczne w chwili popełnienia inkryminowanego czynu były tego rodzaju, że wykluczały u chorej możność kierowania się wolną wolą. Co do rozpoznania, to przed otrzymaniem wywiadów od męża można było myśleć jedynie o oligofrenji ze stanami manjakalno-depresyjnemi. Obecnie, po zebraniu wywiadów od męża, w których ten podaje, że żona jego w szkole uczyła się dobrze i do 1914 r. była bardzo rozsądną i sprawną gospodynią domu, trzeba wykluczyć oligofrenię, a myśleć o psychozie epileptycznej lub psychozie manjakalno-depresyjnej, powikłanej przez otępienie przedstarcze.

Streszczenia i oceny.

Siegfried Cohn. Das Leben als Synusie und seine Folgen für den Zusammenhang von Tuberkulose und Geisteskrankheiten. Mitteilung 1, 2 u. 3. **(Życie jako synuzja i wpływ jej na łączność gruźlicy z chorobami psychicznemi.)** Fortschritte der Medizin. Berlin 31. XII. 1934, 28. XII. 1926 i 26. 1930.

Autor poleca wyrażenie „synuzji" w miejsce będącej dotychczas w użyciu „symbiozy", ponieważ chodzi mu o podkreślenie w zjawisku współżycia istnień o uogólnienie go we wszystkich kierunkach, jak i o zespojenie pojęć współżycia, na wzajemnych korzyściach opartego, z pasorzytnictwem, o wysunięcie współdziałania i współzawodnictwa organizmów między sobą.

Powstają pewne wątpliwości co do stanowiska autora. Symbiozę nie należy ograniczać w ten sposób, żeby w krąg jej nie było można wciągnąć i pasorzytnictwa. Istnieją formy symbiozy, na które zwrócił uwagę Erich Becher w swojej rozprawie „Die fremddienliche Zweckmässigkeit der Pflanzengallen und die Hypothese eines überindividuellen Seelischen (Lipsk 1917), gdzie pasorzytnictwo nie wyklucza współżycia. Roślina nie tylko nie stara się pozbawić pasorzyta, ale ofiarowuje i swoje usługi, jak wykazuje Becher w stosunku do galasówek, a jak od siebie wskażę w odniesieniu do nowych form roślinnych, w które roślina przekształca się całkowicie, czego przykładem jest forma wilczomlecza sosienki, powstała pod wpływem Aecidium euphorbiae. Forma ta zatraca własność rozpleniania samej siebie, lecz przyczynia się przez wydzielanie słodkiej cieczy do roznoszenia zarodników Aecidium dzięki trzmielom, pszczołom i innym owadom, zwabionym słodyczą, na groch, na którym rozwija się druga postać pasorzyta, Uromyces pisi. Współżyciem, powstawaniem współżycia jest pokwitanie, rodząca się symbioza organizmu męskiego z plemnikami, organizmu żeńskiego z jajeczkiem. Jeszcze ściślejszem współżyciem jest to, co się dzieje w powstawaniu istnień takich, jak porosty, w których glony wraz z mchami tworzą osobne jednostki botaniczne.

Synuzja, współbytowanie samo w sobie, ziarnek piasku obok siebie jest czemś bardziej przypadkowem od pewnego rodzaju

współżycia tychże samych pierwiastków mineralnych w granicie. Zasadzenie tu i tam takiego, lub innego drzewa i bezowocne w tym wypadku zasianie zarodników borowika, nie jest jeszcze stworzeniem lasu, powstaniem zespołów roślinnych opartem na przyrodzonych, ekologicznych warunkach.

Czemś więcej niżli synuzją, współbytowaniem, jest też synoikizm i metoikizm mrówek i mirmekofilów, termitów i termitofilów, ludzi i zwierząt domowych, oraz zwierząt zaprzyjaźnionych, jaskółek i bociana białego, jako i natrętów, jako to wróble, myszy, szczury, karaluchy itd., albo syndbadyzm pszczół w stosunku do meloid, grabarzy i żuków w stosunku do pajęczaków, wśród ludzi syndbadyzm nosicieli chorób zakaźnych, owadów z przyczepionemi w przegubach labulbenjaceami, drzew z saprofitami (K. Wize. Psychologja w stosunku do filozofji medycyny. Nowiny Psych. p. 1. Rok 1933). Syndbadyzmem nazwałem zjawisko noszenia na sobie i z sobą obcych istot, jak to był zmuszonym czynić Syndbad z morskim starcem. Wheeler, znawca współżycia owadów, rozróżnia formy kleptobiozy, lestobiozy, pleziobiozy, paroikizmu, parabiozy, i ksenobiozy, biorąc wzór z ekologicznych stosunków u ludzi (K. Wize Miscellanea. 94. Poznań 1928).

Podane wątpliwości, dotyczące treści zawartej w pojęciu synuzji, jako takiej, nie składają się a priori na przyczynę stanowiącą o zwycięstwie lub klęsce metodologicznej pojęcia w nauce przyszłości. Istnieją pojęcia sprzeczne z sobą, szczególnie w matematyce, bardzo doniosłe, cokolwiekbądź sądzi o ścisłości tak zwanych nauk ścisłych i matematyki przy biurku „Bernard Hart w Psychology and psychiatry (Proc. roy. Soc. Med. 25. p. 186 i n. r. 1931), Dotyczy to np. pojęć o ciągłości i nieciągłości, względności i bezwzględności, a także pojęć entropji i ektropji.

Czemużby i pojęcie synuzji, tak jak je Siegfried Cohn ujmuje, nie miało przyjąć się ogólnie, tem bardziej, że wszystko, co je łączy z dalszemi wnioskami zasługuje na bliższe zastanowienie, między tem więc i wskazanie, nie tylko na szkody, ale i na korzyści, jakie przynoszą ludziom może nie tyle, ile ludzkości, zarówno prątek Kocha, na który Cohn szczególnie zwraca uwagę, jak i inne?

Niema prawie wybitniejszego, a może i współczującego, prawdziwie socjalnego człowieka, u którego nie napotkałoby się „synuzji", czy wedle Hirszfelda pasorzytnictwa, komensalizmu i symbiozy z tą, czy inną chorobą. Jest to pewnego rodzaju teodyceja, tkwiąca w nauce myśliciela jednego z Bonn, drugiego

z Warszawy. A jednak każdy lekarz, szczególnie zaś lekarz psychjatra, starać się będzie nie tylko o ulżenie cierpienia, ale i o przywrócenie zdrowia, albo conajmniej równowagi makrosynonta z mikrosynontami. Kto wie, czy ta równowaga właśnie nie lepsza od wyjałowienia organizmu z wszystkich chorób. Toż i woda świeża, woda z równowagą mikroorganizmów żyjących w niej, woda żywa, dłużej utrzymuje się w stanie podatnym do picia od wody wysterylizowanej, która tęchnie i psuje się w krótkim czasie.

Z nauki Siegfrieda Cohna powstają dla psychjatry ważne zagadnienia. Do nich należy zdanie: „Makrosynont zmienia się przez zmianę części swej, jaką stanowi system nerwowy, a tem samem zmieniają się mikrosynonty.“ Zagadnieniem godnem uwagi jest też twierdzenie, że „newropatyczna djateza jest poniekąd zaburzeniem równowagi synontów, zmienioną synuzją“, podobnie jak to, że „Nulla nervositas sine bacillis“, uogólniająca formułkę będącą w obiegu: „Nulla paralysis sine lue.“

Ocenił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka

R. Rivoire. Nowe Zdobycze Endokrynologji. (Z francuskiego przełożył Dr. med. Szpidbaum). Ars Medici. Warszawa 1934.

Książka R. Rivoire'a, przyswojona polskiej litaraturze medycznej, obok poszczególnego, ma też znaczenie ogólne dla całego obszaru wiedzy medycznej, a więc i dla psychjatrji.

Wpływ endokrynny wydzielin, niedoczynności i nadczynności, na psychikę, na właściwości charakteru, rozwój psychy i na choroby psychiczne jest zasadniczy i niezaprzeczalny. Zależy od niego cała równowaga, chwilowa zarówno, jak i stała, żłobiąca swoje ślady choćby engraficznie. Wpływ ten utrwala się w duszy i mózgu, w ich pamięciowej gotowości oddziaływania na nowe pokrewne, czy obce pobudki, w ich odruchowym doraźnym behawjoryźmie, wchłaniającym lub odrzucającym owe pobudki, będące ‚przewodniemi motywami“ takiej, czy innej duchowej melodyjności.

„Bilans hormonalny“ nie jest dla życia psychicznego obojętny. „Psychoida rodzi się z nim i na ogół ściśle go przestrzega, „genetycznie“ ku temu nastrojona, jako na kamerton swój nastrojony jest instrument mazyczny. Psyche dostraja się, lub zaprowadza zmiany. Póki trwa jaka taka harmonja w bilansie, póty można mówić o jego zdrowiu, o zdrowiu całego organizmu; z ustaniem harmonji rozpoczyna się niezdrowie i choroba. Rzeczą uświadomionego lekarza będzie, pomóc do przywrócenia równowagi bilansu hormonalnego.

Lekarz, stosujący opoterapję na podstawie rozważań i doświadczeń ma wielkie pole przed sobą. Wolno mu korzystać z przykładu intnicyjnych stnsowań jej, jak np. spożywania przez zwierzęta i kobiety u niektórych ludów pierwotnych hormonu mlekopędnego własnego łożyska, lecz należy mu się zawsze ściśle doświadczać i sprawdzać. Wtedy będzie mógł też zdobywać się na najśmielsze pomysły na drodze coraz to nowych przewidywań.

Obojętną rzeczą będzie przytem pod względem praktycznym, jakie teorje posłużą lekarzowi za drogowskazy, czy oparte na chemiźmie gotowych już, samoistnie działających wydzielin, czy zapatrzone w kierunku symbiozy, komensalizmu i parazytyzmu komórek między sobą, albo komórek z organizmem[1]). Podobnie i spór o fagocytozę i serologję nie szkodził rozwojowi baktertologji, seroterapji i wakcynoterapji, lecz tylko dopomógł w sposób owocny.

W książce Rivoire'a nie uwzględniono endokrynnego działania tarczycy, ponieważ autor uważał to za zbędne, mając głównie na widoku „**nowe** zdobycze endokrynologji", podczas gdy endokrynologji grasicy i szyszynki dotknięto w przedłożonej tu książce tylko mimochodem.

Ze względu na to, że książka Rivoire'a warta, nie tylko przeczytania, lecz i tego, by częściej do niej zaglądano, odczuwa się brak skorowidzów materjału i autorów, co ułatwiłoby korzystanie z książki podczas pracy, czy to laboratoryjnej, czy klinicznej.

Ocenił: Dr. K. WIZE — Dziekanka.

Dr. A. Wirszubski — Wilno. Przypadek organicznego zapalenia surowiczego opon mózgowych. (Meningitis serosa circumscripta).

Na wstępie swej pracy autor podkreśla wielkie znaczenie interwencji chirurgicznej w przypadkach neurologicznych. Jako przykład przytacza pacjentkę, pannę 22 lat, która cierpi na dolegliwości mózgowe już trzeci rok. Przyczyną cierpienia był wypadek (spadła z konia), po którym wystąpiły dreszcze, bóle głowy i wymioty. Chora przebywała dwa razy w klinice neurologicznej bez poprawy. Autor przypuszczał nowotwór mózgu na podstawie bezustannych bólów głowy, niejednokrotnych wymiotów oraz napadów padaczkowych. Neurologicznie skonstatowano znieczulenie lewej połowy języka, kręgów szyjnych, lekki oczopląs poziomy, zanik nerwów wzrokowych, adiadochokinezę po stronie prawej, hypertonję kończyn dolnych i górnych, chwiejność chodu ze skłonnością do pa-

1) Porównaj Nowiny Psychjatryczne Rok XI. str. 45.

dania w tył. Odruch Babińskiego był obustronnie dodatni, odczyn B-Wa. we krwi dał wynik ujemny. Badanie płynu m. rdz. wykazało znowuż wynik ujemny (B-Wa., N - App., Pandi,) białka było u 0, 18 0/00, chlorków 5,7 0/00. Na podstawie trzech zdjęć roentgenologicznych stwierdzono, że 1) sella turcica i fossa hypoph. mają wygląd normalny, że 2) w okolicy kręgów szyjnych zmian patologicznych nie ma, 3) w okolicy kości czołowej po stronie prawej iwystąpiło nieznane zaczerwienienie. Z okazji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie, przyjechał prof. Pusepp z Dorpatu, który zgodził się, na skutek prośby autora, wykonać zabieg. Podczas operacji wykryto zrosty pomiędzy oponą twardą a miękką, stwardnienie opony twardej w kącie móżdżkowo-mostowym. Nowotworu nie wykryto. Rozpoznanie brzmiało: Mening. circumscripta fasc. posterioris. W końcu swej pracy autor porusza patogenezę opisanego przypadku, powołując się na prace Oppenheima, Binga., Kracisego i własną. Przy Meningitis serosa circumscripta zaleca się zabieg chirurgiczny.

Streścił: Dr. M. Bauer — Dziekanka

R. Loewenstein et G. Parcheminey. (Psychanalityczna koncepcja histerji). La conception psychanalytique de l'hystérie. L'encéphale, XXVIII Année, Avril 1933, p. 413.

W oczach zwolenników psychanalizy manifestacje histeryczne są ściśle związane z urazem przyczynowym, sięgającym dzieciństwa. Stłumiony afekt podczas jedzenia, wywołujący nudności i wymioty, staje się punktem wyjścia tych manifestacyj. W większości przypadków łączność nie jest tak oczywista, gdyż istnieje tylko wpływ pośredni, symboliczny między zjawiskiem jednem, a drugiem.

Każde zdarzenie, wywołujące przykrą sytuację afektywną może być przyczyną urazu. Urazy mogą dlugi czas, jak gdyby obce ciało, zalegać psychę aż do chwili powstania objawów choroby.

Każdy symptom histeryczny zanika z chwilą, gdy zdołamy wywołać przypomnienie zdarzenia przyczynowego i towarzyszącego mu afektu, jednem słowem z chwilą, gdy chory przypomni sobie przyczynę urazu.

Osobnik normalny załatwia się w różny sposób z „abreakcją" urazu. Dla histeryków znamiennem jest, że sami nie zdolni są do przeciwdziałania przyczyn choroby, ponieważ nie są ich świadomi. Do uświadomienia i przypomnienia pomocną jest hipnoza.

W r. 1893 Freud ogłosił rozprawę o różnicy między porażeniami organicznemi i histerycznemi. Wykazał, że histeryk zachowuje się w porażeniach, jakby nie istniała anatomja. Przytem zwrócił szczególną uwagę na udział życia płciowego w zachorzeniach histerycznych, rozciągając to z czasem na wszystkie psychonewrozy.

Metoda hipnotyczna, „katartyczna", dawała wyniki często dość niepewne. Freud wypracował z powodu tego nową zupełnie metodę „psychanalityczną", opartą na prawie „swobodnego kojarzenia", albo „nieopuszczenia".

Nowa metoda pozwoliła zauważyć opór stawiany przez chorego w przypominaniu sobie urazu, w przyznawaniu się do wzruszeń wywołanych przez uraz. Opór ten jest dalszym ciągiem odrzucania wzruszenia i jego zapominania.

Przypadkowa przyczyna wpływa na uczuciowe odnawianie w sobie urazu i uciekanie do świata urojeń. Jest to objaw „regresji". Nie jest patologicznym, o ile jest przejściowym i poszczególnym. Inaczej u histeryka. Tu regresja jest ogólna, trwała i silnie zaakcentowana.

Z dwu podstawowych popędów człowieka, głodu i miłości, głód stanowi o bezpośredniem niebezpieczeństwie życia, jeżeli nie jest zaspokojony. Jedynie popęd płciowy może być stłumiony, co w głównej mierze ma się przyczyniać wedle autora do rozwoju cywilizacji.

„Bezparcjalna" rzekomo obserwacja pokazuje, że wstrzemięźliwość afektywna, seksualna, erotyczna, czy pobudliwa, w szerokiem zrozumieniu, jest przyczyną regresji wzruszeniowopochodnej. Spotykamy się tu z owemi dziecięcemi nastawieniami, natrafiającemi na przeszkodę, lecz szukającemi mimo to ukrytych i nierozpoznawanych zaspokojeń. Objaw histeryczny jest kompromisem między nastawieniem napotykającem na przeszkodę i siłami przeszkadzającemi.

Jako prototyp objawów histerycznych, można przyjąć znane zjawisko kontraktury ramienia spowodowanego ruchem nagle powstrzymanym.

Istotne zaspokojenie, chociaż ukryte, nieświadomych nastawień stłumionych, tłomaczy kliniczny objaw, tak ważny, jak obojętność u histeryków.

Histeryk wyciąga z podanych objawów przyczynę cierpień ale też i zadowoleń, nazwanych przez Freuda pierwotnemi, żeby

je przeciwstawić zadowoleniom wtórnym, które się do pierwotnych przyłączają.

Wtórne te zadowolenia noszą znamiona teatralne i manifestacyjne.

Rozwój libido u człowieka łączy się ściśle z pewnemi życiowemi czynnościami, z fazami, oseskowemi, trawiennoodbytnicowemi, z rozwijaniem się systemu mięśniowego w postaci sadyzmu i mazochizmu. Erotyzm skórny i śluzowy ma tu znaczenie szczególne, jak i tendencje ekshibicjonistyczne, oraz wzrokowa ciekawość perwersyjna, dla której autor proponuje nazwę wojeryzmu (voyeurisme). Libido każdego małego dziecka nosi charakter autoerotyczny; mimo to otoczenie bezpośrednie poczyna nabierać znaczenia. Płeć jest dla dziecka mniej ważna, niż dla dorosłego. Przekonywamy się, jak łatwo z powodu tego mało skrupulatnym dorosłym osobnikom uzyskać u dzieci zaspokojenie homoseksualne. Lecz obok tego biologiczne czynniki oddziaływują w kierunku płci przeciwnej. I tak rodzi się u chłopca pociąg do matki, u dziewczynki do ojca, połączony z silną zazdrością. Jest to nic innego, jak kompleks Edypa w ujęciu Freuda.

Autorowi wydaje się wskazanem stwierdzenie, że kompleks Edypa nie jest objawem patologicznym; przeciwnie, sądzi, że wszelka istota ludzka przebywa tę fazę rozwoju. Lecz ten, kto zachować ma zdrowie psychiczne, ten fazę tę z łatwością przezwycięża. Wchodzi w fazę zobojętnienia seksualuego na korzyść życia socjalnego, w którem o nastrojach dziecka zapomina dzięki „amnezji dziecięcej".

Newrozę histeryczną, jak i inne newrozy, można sobie tłomaczyć w ostateczności jako wysiłek niedostatecznego wyleczenia, wysiłek bezpłodny dostrojenia się do konfliktów i załatwiania ich, wysiłek wyleczenia połączonego z regresją.

Streścił; Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

PIERRE PRENGOWSKI. Une forme spéciale de troubles de l'association des ideés. (Szczególna forma zaburzeń w kojarzeniu idej). Annales Médico-Psychologiques XIV. Série — 91e Année. T. II. — Nr. 3. Octobre 1933.

Autor stwierdza, jako wynik swojego rozważania, że stosowany zwykle sposób badania procesu myślenia, a szczególnie toku idej u psychicznie chorych, jest wadliwy pod względem metodologicznym, ponieważ nie bierze dostatecznie pod uwagę opisu

i klasyfikacji różnych chorobliwych form wypowiedzi pacjentów, Poza formami typowemi gonitwy myśli i niezborności schizofrenijnej badanie psychjatryczne daje nam cały szereg wypowiedzi niepoprawnych, wynurzeń uzależnionych od różnych stopni dwu wspomnianych czynników, bądź to w ich połączeniu i kombinacji między sobą, bądź to w ich przeróżnych powikłaniach z dalszemi czynnikami, jak n. p.mniejsze lub silniejsze zaburzenie świadomości i orjentacji, obecność lub brak czynności pamięciowej i t. p. W większości form tych, łączących się z chorobliwemi wypowiedziami psychicznie chorych można wyróżnić typ kojarzeń, zmiennych w swojem natężeniu. Najwyższy stopień tego typu odpowiada zaburzeniombredzeniowym w stanie ostrym, najniższy stopień wykazuje cechy normalne pod względem formy zjawiskowej, zawiera jednakże pewne pierwiastki halucynatoryczne i bredzeniowe. —

Streścił Dr. K. WIZE — Dziekauka.

VIKTOR WIGERT. Les principes méthodologiques des études pathographiques. (Metodologiczne podstawy badań patograficznych). L'hygiène mentale XXVIII Année. Septembre-octobre 1933. Z. 8. str. 173.

Psychjatra oddający się patografji zajmuje stanowisko zagrożone. Wybacza się innym specjalistom medycyny opisy ran odniesionych, złośliwych narośli, u wielkich ludzi obojga płci, nawet rozwiązań u sławnych kobiet, lecz psychjatra musi się strzedz przed napaścią i zarzutami.

Zauważenie rysów psychopatologicznych u wielkich osobistości, słynnych w dziejach ludzkości i narodów i wytknięcie ich dotyka boleśnie kompleksów afektywnych. Nawet neurolog zastanawiający się nad chorobą rdzenia pacierzowego u Heinego spotka się z chłodną rozwagą czytelnika, lecz biada psychjatrze wykazującemu u Goethego ślady cyklotymji.

Mimo to patograf psychjatra nie może się dać zastraszyć nikomu i niczemu, inaczej tak zwana prawda dziejowa stanie się jeszcze bardziej problematyczną, jak nią w rzeczy samej była zawsze i jest dotychczas.

Przytem wedle autora ma patograf psychjatra doniosłe zadanie wzbogacania dziejów i nauki ludzkiej, przyczyniając się do jej wieczystego rozkwitania i trwania w tym rozkwicie. Od siebie dodam tu, że patograf psychjatra, właśnie ten najszczerszy i najmniej bo-

jaźliwy, zbliża przez wykazywanie rysów patologicznych psychy u wielkich ludzi biednych pacjentów psychicznie chorych sercu ludzi zdrowych psychicznie, stając się odkupicielem winy ich polegającej na niegodziwem nieraz pojęciu, jakie o psychicznie chorych miewa nieuświadomiona publiczność, a szczególnie ci nadmiernie ze wszystkiem obeznani przedstawiciele prasy.

Streścił i omówił Dr. K. Wize.

MARIE BONAPARTE. La structure psychique d'Edgar Poe. (Ustrój psychiczny Edgara Poe). L'hygiené mentale. XXVIII Année. Septembre-Octobre 1933. p. 195. Z 8—9.

Jest to wywód żywota i charakteru Edgara Poe z urazów duszy spowodowanych przez przedwczesną śmierć ukochanej matki. Żeniąc się z kuzynką ze strony matki, Wirginją Clesum, miał poeta nieświadomie odnieść wrażenie, że się nie sprzeniewierza umarłej matce; narkomanja (opjum) zdawała się być powodem nieobcowania z żoną, późniejszy alkoholizm i szukanie męskiego towarzystwa miały być ucieczką przed Mary Deveraux. Homoseksualność utajona i sublimacja artystyczna w kierunku sadystycznej nekrofilji miały zapanować nad życiem Edgara Poe, z powodu czego owa sublimacja miała się przyczynić na swój sposób do jego nieśmiertelności.

Streścił Dr. K. WIZE.

W. DRABINOWICZ. Les réflexes conditionnés sociaux et la genèse des mythes. (Socjalne uzależnione refleksy i powstawanie mitów). L'hygiène mentale XXVIII Anneé. Novembre 1933. Z. 9.

Autor opiera swoje wywody na spostrzeżeniach socjo, pedo- i biologicznych. W obronie biologicznego kierunku nadmienia, że psychologja, którąby nań nie zwracała uwagi, zatraciłby się mogła w spekulacjach socjologicznometafizycznych. Autor popełnia widoczną omyłkę pisząc o metafizyczności, a mając chyba na myśli apriorycznie uprzedzony racjonalizm. Doświadczenie bowiem właśnie, nie coś innego, jak doświadczenie uczy, że wszystko co wykracza ponad bihawjoryzm, jest już metafizyką, nie potrzebującą ulegać racjonalistycznym wyrokowaniom nie oglądającym się na doświadczenie, lecz korzystającą z hipotez i fikcyj, uznanych jako takie, bez orzekania o ich absolutnej pewności.

Jako zwolennik szkoły Pawłowa i jego „uzależnionych refleksów" (réflexes conditionnés) kończy rozprawę życzeniem, żeby przecie i we Francji powstały pracownie dostosowane do badań wedle metody Pawłowa.

Streścił i omówił Dr. K. WIZE

Dr. med. Tad. Boy-Żeleński „Breweryе“. (Stron 265. Cena $6^1/_2$ zł. Skład Główny: „Biblioteka Boya“ w Warszawie; ul. Smolna, Nr. 11.)

W zastosowaniu do niespożytej twórczości Boy-Żeleńskiego nie odnajdę oceny, jak w *Orzeczeniu Fr. Nietzsche'go:* Pierwszorzędnych mistrzów można po tem poznać, że umieją, w wielkiem jak w małem w sposób doskonały znaleźć koniec — czy to koniec jakiejś melodji czy myśli, czy to piąty akt tragedji lub akcji państwowej“... —

— Mimo że artystę obowiązuje przedewszystkiem prawidłowe postawienie kwestji, nie zaś jej rozwiązanie, to jednak — jak pisze jeden z literatów: — „pozorny dyletantyzm Boya, a właściwie *jego niezależność myślowa* pozwala mu mówić rzeczy, które dla zdrowia literatury (i narodu) powinny były już dawno przed nim być powiedziane, a powiedziane nie były“ — i jak nikt inny tylko Boy zdążył i potrafił przyczynić się do rozwiązania najbardziej pogmatwanych, zawiłych i załganych problemów. — Jak notuje pewien krytyk: niema w tych jego recenzjach ani jednego komunału i niema ani szczypty sztuczności. Wypada dodatkowo nadmienić zdanie W. Rzymowskiego „Dowcip jeśli ma odpowiadać swemu zadaniu... musi być przednią strażą inteligencji, nie zaś tylną osłoną wegetacji“. — Dlatego też, zwłaszcza ze względu na jego pewne duchowe powinowactwo ze znanym rosyjskim pisarzem Ant. Czechowem, a bodaj też w mało mniejszym stopniu i ze znakomitym Dr. med. Weresajewem, w odniesieniu do jego rozgłośnych „Flirtów z Melpomeną“ dało by się odezwać zwrotką rosyjskiego poety:

»Nie mówcie z goryczą, że więcej ich niema,
A mówcie z wdzięcznością — że były!«...

Zarazem jak nigdy przedtem zasługuje na przytoczenie ustęp z pamiętnika Stan. Przybyszewskiego:

„Rzadko który twórca wniknął tak głęboko w arkana języka polskiego, jak właśnie Boy, a co jest istotnie zdumiewające: Żadnym sposobem nie można sobie uświadomić tego ogromu pracy, jaki tego rodzaju opanowanie języka Boya kosztować musiało. Niesłychana swoboda, z jaką tym językiem włada, każe zapominać o gigantycznym trudzie, z jakim Boy tę swobodę sobie zdobył! — To artyzm wielkiego, twórczego jakiegoś Fr. Liszta lub I. Paderewskiego: technika przestała istnieć — jest czemś, co samo przez się się rozumie“ —

W dobie obecnej tylko od niego i przez niego dowiedzieć się można, ile blagi i kłamstw sprzysięgło się dziś na myśl polską.

W chwili gdy niniejsze kreślimy, Akademik, Laureat stołecznej nagrody: *Dr. med. Tadeusz Boy-Żeleński* zostaje po raz trzeci zaszczytnie odznaczony przez prezydenta republiki Francuskiej komandorją Legji Honorowej. Nie od rzeczy jest zapodać, że już przed kilkunastu laty Ad. Nowaczyński pisał: »Boy — to już wielkie nazwisko!... Boy sam jeden zrobił dla zbliżenia Francji z Polską tyle co cały paryski komitet Narodowy«. Jak go nazwano: ambasador myśli francuskiej w Polsce — Boy, mistrz dowcipu, zbliżony do Bernarda Shaw'a, nadawał się jak nikt inny właśnie do tego rodzaju pracy. „Wysoka wartość *Biblioteki Boy*a jest oddawna uznana — i to zarówno z powodu kongenjalności wprost bezprzykładnej staranności przekładów, jak i ze względu na dobór rzetelnych arcydzieł najbogatczej literatury" — ogłasza K. Czachowski. — „Taka jego *Biblioteka* to już czyn narodowo-kulturalny na wielką skalę w znaczeniu wiekowem"... powiada Wacław Wolski. Rzeczą byłoby niezmiernie interesującą zestawić rozgłośne dzieło „Jak zostać pisarzem?" sławnego Dra med. Weresajewa z wygłoszonym w kilkunastu kulturalniejszych osiedlach polskich odczytem Dra Tad. Boy-Żeleńskiego „Jak zostałem literatem", zamieszczonym właśnie w księdze »*Breweryе*«. Znamienita księga ta ponadto — obok licznych nader cennych „Okruchów", ciekawych wrażeń paryskich, Balzac'jany, świetnego „Objazdu pasterskiego" etc. — zawiera szczególnie obchodzące nas „kawały": „Mój debiut w psychjatrji", „Na marginesie freudyzmu" itd. z całą paradną galerją mniej lu więcej znanych t. zw. „kurkiewów"... Istotnie, nigdy jeszcze chyba dysputa naukowa nie odbywała się w osobliwszych warunkach! Wystarczy zaznaczyć, że powodowała nawet tak doniosłe odezwania się w tej sprawie W. Szanownego i zasłużonego prof. Psychjatrji Wil. Uniw. króla Ste. Batorego Antoniego Mikulskiego i wybitnego pedagoga prof. M. Staniewskiego, dobitnie przemawiającego: „Ciekawa rzecz, że te żydowskie pomysły tak dziwnie się zbiegają z praktyką katolicką... Spowiedź zachwalana przez Freuda jest udoskonaloną (?) spowiedzią przy konfesjonale i jestem głęboko przeświadczony, że księża wcześniej czy później pogłębią spowiedź pomysłami Freuda"... Oczywiście, wymowniejszego wyjaśnienia trudno było się spodziewać. Od chwili jak Boy podłożył ożywczy ogień pod ten cuchnący stos śmiecia, odrazu zawrzało w zachwaszczonym światku psychjatrycznym, garnącym się do

aplikowania swej freudowskiej scholastyki pornograficznej odpowiednio zamożnym pacjentom (jak zresztą na to ze znacznem opóźnieniem wskazał na łamach „Now. Psychjatr." Dr. S. Higier).—

Jeżeli teraz zestawi się te postulaty z epokowemi wywodami· *Dr. Tadeusz Zielińskiego (w pracy ,,Hellenizm a judaizm")* o brzmieniu: „cały rozwój dziejów ludzkości jest judeocentryczny.. Pewna hellenizacja judaizmu jest warunkiem judejskiego prozelityzmu... I tym prozelityzmem tłómaczy się ogromna liczba wyznawców religji Mojżesza w porozumieniu... Religja jest nie tylko przedmiotem badań, ale przedewszystkiem kierowniczką życia, tworzycielką czynu... Jej (Galilei) systematyczna judaizacja zaczyna się dopiero w I-m wieku przed Chrystusem... Zesztywnienia następnych czasów spotęgowały to uczucie wyłączności; powstało przekonanie, że Jehowa tylko dla swego wybranego ludu stworzył świat... — to niechybnie zetkniemy się z wskazówkami Rudolfa Allersa, napomykającemi, że wedle tej struktury freudyzm zbiega się poniekąd z marx'izmem... (?) Z tej racji walka z freudyzmem przybiera u nas w łatwo zrozumiały sposób formę obłędnych napaści za lub przeciw bogu Jehowie... Mimochodem przytem wpada odnotować, iż Siegfried Placzek wspomina, że właściwej metodyki psychoanalitycznej w obejściu psychjatrycznem propagatorem miał być R. Breuer-a nie Freud, zaś Freud ją tylko potrafił „zmerkantylizować". — Zaś o ile posuniemy się z rozwagą i dorzecznie głębiej, to niebawem natrafimy i na takie szczere wynurzenie samego S. Freuda: Posiadamy dość dużo danych na to, że i u ludzi zdrowych, nie neurotycznych, wspomnienie przykrych wrażeń i myśli natrafia na *opór...* Nikt z nas jednak nie zdołał przedstawić tego zjawiska i jego psychologicznego uzasadnienia tak wyczerpująco a zarazem tak wyraźnie, jak *Fr. Nietzsche* («Jenseits von Gut und Böse»): „To oto uczyniłem — twierdzi moja pamięć. Niepodobna, bym to miał uczynić — mówi moja duma, i nie ustępuje. W końcu pamięć ustępuje".

Aby właśnie tej niefortunnej pamięci ulżyć, powstały omawiane *„Brewerje" Boya.* —. Jeśli się zważy, iż uczciwość myślowa jest najtrudniejszę rzeczą — to orzec należy, iż w „Brewerjach" swych Boy sobie wystawił niezatarte świadectwo heroizmu! Ileż tam odwagi — ile rzetelności! — A jednak, może właśnie wskutek tego, jakiż słaby odzew zyskały w społeczeństwie, a głównie we właściwszych ośrodkach jego. — „Jeżeli kurkiewy obudziły w Warszawie niesłychane zainteresowanie, to w naszem Wilnie

(a cóż — dopiero wspominać o Lwowie, Łodzi, Gnieźnie, Poznaniu i Krakowie) nic o nich nie wiedzą — i zawdzięczam tylko przyjazdowi memu do Warszawy, że się zapoznałem“.. dokumentuje *prof. Ant. Mikulski*, następnie zapobiegający: „W r. 1912 rozpoczęto ofenzywę (freudystów) na Polskę... Obecnie podjęto ofenzywę ponownie już zapomocą międzynarodowego kapitału (Międzynar. wydawnictwo dzieł psychanal). Usiłuję trafić nie do lekarzy, lecz do publiczności... Bowiem sam Freud... oświadcza, że aby zostać psychanalitykiem nie trzeba wcale być lekarzem“... I podnosząc zasługę D-ra. Boy-Żeleńskiego sędziwy profesor zwraca się do autora „Breweryj“ słowy: „Pod tym względem Dr. W... nie ma racji, zwłaszcza że Szan. Pan jest lekarzem i *doskonale może się w sprawach freudyzmu orjentować*“! — Wobec takiego dictum acerbum wszelkie domieszki spekulacyj i szarlataneryj zbyć zamierzamy aplauzem Jul. Słowackiego: „Dla oszczędności grzebać będziemy ryczałtem“. —

Dr W. HALICKI.

Sprawozdania z Zakładów Psychjtr. w Polsce.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny „Dziekanka"

Sprawozdanie za rok 1933/34.

(od 1. 4. 33. do 31. 3. 1934.)

Zakład mieści się we własnych gmachach, położonych w Dziekance; poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiada urządzenia dla 1.128 chorych (na jednego chorego przypada 30m³).

Na początku roku sprawozdawczego (w dniu 1. 4. 1933) znajdowało się w Dziekance 1003, w końcu zaś roku (w dniu 31. 3. 1934) 1.016 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 58 osób (29 mężczyzn i 29 kobiet).

Dzienna przeciętna ilość pacjentów wyrażała się w liczbie 1007.

Rewizje: Rewizji zakładu, dokonał pan Starosta Krajowy Begale (1 raz), wyż. radca bud. p. Pospieszalski (2 razy) i radca rach. p. Arndt (2 razy).

Personalja: W dniu 1. maja 1933 wstąpił do Zakładu w charakterze praktykanta lekarskiego p. Wojewoda Wacław, w dniu 1. lipca 1933 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Włoch Zenon w dniu 3 lipca 1933 w charakterze lekarza asystenta p. Wieczór Jan, w dniu 1. 3. 1934 Dr. Buxakowski Aleksander w charakterze prymarjusza. (Przeniesiony z Woj. Zakł. Psychj. w Owińskich.)

Opuścili służbę: w dniu 31. 7. 1933 praktykant lekarski p. Kaczmarek Wojciech, w dniu 31. 8. 1933 lekarz asystent p. Dr. Jaroszewski Zdzisław, w dniu 30. 9. 1933 praktykant lekarski p. Włoch Zenon, w dniu 31. 10. 1933 praktykant lekarski p. Stencki Tadeusz, w dniu 31. 1. 1934 lekarz asystent p. Dr. Kaiser- Świerczkowa.

Na czele Zakładu stał do dnia 12. 12. 1933 Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Piotrowski Aleksander. Po jego śmierci zastępstwo objął na mocy zarządzenia Str. Kr. prymarjusz Zakładu p. Dr. Wilczyński Franciszek.

Z końcem roku sprawozdawczego (w dniu 31. marca 1934) pełnili w Dziekance służbę lekarską, następujący lekarze: p. Dr. Wilczyński Franciszek, p. Dr. Buxakowski Aleksander, p Dr. Świerczek Stanisław jako prymarjusze, p. Dr. med. Dr. phil. Wize Kazimierz,

p. Dr. Bauer Michał jako lekarze ordynatorzy, p. Dr. Zakrzewska Antonina. p. lek. Remelski Franciszek, p. lek. Wieczór Jan, jako lekarze asystenci, p. Ratajski Stanisław i p. Wojewoda Wacław jako praktykanci, lekarscy.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach omawiając stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi lecznicze, zachowanie się nowoprzyjętych chorych i wogóle stan pacjentów i pacjentek z osobliwemi patologicznemi przejawami. Na osobnych posiedzeniach klinicznych i naukowych, lekarze przedstawiali pacjentów i rozpatrywali ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne i omawiali sprawy aktualne z dziedziny psychjatrji, neurologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem, oraz wygłaszali referaty, które były drukowane w Nowinach Psychjatrycznych. Lekarze zakładu brali udział w zjazdach naukowych i jako biegli na rozprawach sądowych. Przypadków sądowo psychjatrycznych było na obserwacji w Zakładzie 4. Pozatem na rozprawach sądowych, bez poprzedniej obserwacji psychjatrycznej zakładowej, lekarze wydali orzeczeń 22 (16 orzeczeń w sprawach karnych, 6 w sprawach cywilnych).

W roku sprawozdawczym ogłosili drukiem następujące prace

I. Dr. med. Dr. phil. Wize Kazimierz:

1) Psychologja w stosunku do filozofji medycyny, Now. Psych 1933, I-II.

2) Wpływ pobudek artystycznych u psychicznie chorych, Now. Psychj. 1933, III-IV, pozatem streszczenia.

II. Dr. Stanisław Świerczek:

1) Leczenie porażenia postępującego malarją, Now. Psychj. 1933, I-II.

III. Dr. St. Świerczek i Dr. St. Kaiser-Świerczkowa:

1) Odczyn opadania krwinek w psychozach, Now. Psychj 1933, III-IV.

Lekarze korzystali z lekarskiej bibljoteki zakładowej oraz z licznych fachowych czasopism krajowych i zagranicznych, abonowanych, jak i otrzymywanych drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne.

Kursy państwowe z pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Od 1920 r. odbywają się regularnie corocznie w Dziekance pod kierownictwem Dyrektora Zakładu kursy, na których przygotowuje się

młodsze siły pielęgniarskie, mające poza sobą conajmniej 3 lata szpitalnej praktyki psychjatrycznej, do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa psychjatrycznego. W kursach tych bierze udział personel pielęgniarski z Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka oraz z innych zakładów psychjatrycznych. Kursy te zostały upaństwowione dekretem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych = Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia Nr. Z. U. 6978/25 z dnia 28. 1. 1926. Na kursie wykładają lekarze anatomję, fizjologję, hygjenę, pielęgniarstwo ogólne, psychjatrję ogólną i pielęgniarstwo psychjatryczne. Po skończonym kursie składają słuchacze egzamin państwowy przed komisją złożoną z delegata Rządu jako przewodniczącego, Dyrektora Zakładu i lekarzy docentów jako członków. Po zdanym egzaminie otrzymują absolwenci kursu dyplom dla państwowo uznanych „osób pielęgniarskich", wystawiany przez urząd Wojewódzki w Poznaniu. Wspomnianych kursów odbyło się dotąd sześć, z egzaminami które odbyły się 18. 4. 1929, 12. 4. 1930, 27. 3. 1931, 17. 3. 1932. 23. 3. 1933 i 17. 4, 1934. Ogółem brało udział we wspomnianych 6-ciu kursach 138 pielęgniarzy i pielęgniarek z Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka i z innych szpitali psychjatrycznych.

Wynik egzaminów z tych kursów był następujący:

KURS	Dziekanka		Owińska		POSTĘP								Razem
					b. dobry		dobry		dostateczny		niedostat.		
	Pielęgniarze	Pielęgniarki	Pielęgniarze	Pielęgniarki	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	
I	11	3	—	—	6	—	6	—	2	—	—	—	14
II	8	10	6	6	11	3	7	9	—	—	—	-	30
III	10	11	—	3	8	2	9	1	4	—	—	—	24
IV	3	10	6	4	4	2	5	6	4	2	—	—	23
V	7	6	6	5	1	1	6	2	5	6	1	2	24
VI	6	5	6	6	1	2	5	5	5	4	—	1	23
Razem	45	45	24	24	31	10	38	23	20	12	1	3	138

Personel odministracyjny: Kierownikiem Kasy Zakładu był p. Kaczmarek Stanisław, inspektorem p. Cabański Józef, sekretarzem p. Ożegalski Jan.

Duszpasterstwo sprawowali: Ksiądz proboszcz Chilomer, pastor Schulze i rabin Dr. Krausz.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (w dniu 31. 3. 1934) urzędników i funkcjonarjuszy:

Etatowych						Klasyfikowanych						Kontraktowych						Pobocznych			Razem
Lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	Lekarzy	urzedn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielegniarzy	służby	Lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organista	prakt. lekarzy	Ogółem
3	2	2	4	35	6	4	1	—	6	13	—	1	1	5	2	79	13	3	1	2	183

Nabożeństwa odbywały się w Kaplicy Zakładowej dla Katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów co cztery tygodnie.

Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Stosunek ilościowy personelu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1:7,9. Zakład zatrudniał (w dniu 31. 3. 1934) personelu ogółem (lekarzy, urzędników administracyjnych, biurowych, pielęgniarzy i pielęgniarek, rzemieślników oraz służby gospodarczej i pob). 183 na przeciętnie dziennie 1007 pacjentów, to znaczy, że ogólny stosunek ilościowy personelu do chorych przedstawiał się jak 1:5,5.

W roku sprawozdawczym przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 116 chorych; w roku 1932/33 114 chorych.

W celach teraupeutycznych było stale zajętych przeciętnie 91% chorych rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, pawilonach w warsztatach, biurach i robótkami ręcznemi.

Dziedziczność u pacjentów nowoprzyjętych wynosiła 9,3%. Z powodu kryzysu liczba chorych zmniejszyła się znacznie. Najwięcej uwydatnił się kryzys u pacjentów samopłacących.

II. Statystyka.

Tablica I.

	m.	k.	razem	mężcz.	kobiet	razem
w dniu 31. III. 1933 r. było				528	475	1003
przybyło w czasie od 1. 4. 1933 do 31. 3. 1934 r. . .				143	100	243
Leczono ogółem				671	575	1246
Ubyło w czasie od 1. 4. 33 do 31. 3. 1934 r.						
a) przez wypisanie	97	70	167			
c) przez śmierć	31	32	63	128	102	230
Pozostało na 31. 3. 1934.				543	473	1016

Tablica II.

Stan chorych według wyznania.

	rz. kat.		gr. kat.		pr. sł.		protest.		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	m.	k.
W dniu 31. 3. 1933 było	400	339	17	18	—	—	70	67	41	51	—	—	528	475
Przybyło w czasie od 1. 4. 33. do 31. 3. 34.	122	85	—	—	—	1	17	7	3	6	—	—	143	100
Razem:	522	424	17	18	—	1	87	74	44	57	—	—	671	575
Ubyło w r. sprawozdaw.	105	79	1	1	—	1	13	10	9	10	—	—	128	102
Pozostało na 31. 3. 1934.	417	345	16	17	—	—	74	64	35	47	—	—	543	473

Tablica III.

Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych.

Rozpoznanie	katol i gr. kat.		protest.		prawosł.		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Paralysis progr.	46	13	4	—	—	—	1	—	—	—	51	13
Taboparalysis	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	7	1
Psychosis luetica	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Arteriosclerosis	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Dementia senilis	3	2	—	—	—	—	—	1	—	—	3	3
Psychosis organica	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Psychosis traumatica	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Psych. ex inanitione	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psych. intoxicativa	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Alcoholismus	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Delirium tremens	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morphinismus	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Psych. ex infectione	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Encephalitis letargica	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Oligophrenia	11	9	3	—	—	—	1	—	—	—	15	9
Epilepsia	12	2	1	—	—	—	—	—	—	—	13	2
Psych. man.-depres.	7	9	4	—	—	—	—	1	—	—	11	10
Psychosis reactiva	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5	1
Schizophrenia	13	20	1	—	—	—	1	2	—	—	15	22
Paraphrenia	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Psychopathia	4	—	—	2	—	—	—	—	—	—	4	2
Histerja	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	10
Inne	9	14	—	2	—	—	—	2	—	—	9	18
Razem:	123	87	17	7	—	—	3	6	—	—	143	100

Tablica IV.

Wiek pacjentów nowoprzyjętych.

	Mężcz.	Kob.
do lat 20	7	2
„ „ 30	49	19
„ „ 40	45	44
„ „ 50	21	19
„ „ 60	13	9
„ „ 70	3	4
„ „ 80	5	2
wiek nieznany	—	1
Razem:	143	100

Tablica V.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

	Mężcz.	Kob.	Razem.
w kwietniu 1933 r.	2	3	5
w maju „	2	1	3
w czerwcu „	5	5	10
w lipcu „	3	2	5
w sierpniu „	3	3	6
w wrześniu „	2	4	6
w październ. „	1	1	2
w listopadzie „	3	3	6
w grudniu „	2	2	4
w styczniu 1934 r	1	3	4
w lutym „	2	2	4
w marcu „	5	3	8
Razem:	31	32	63

Tablica VI.

Stan rodzinny chorych, przyjętych w roku sprawozdawczym.

	Mężcz.	Kob.
samotni	84	43
stanu małżeńskiego	56	39
wdowcy i wdowy	—	16
w rozwodzie	3	1
stan niewiadomy	—	1
Razem:	143	100

Tablica VII

przyczyna zgonu.

Rozpoznanie	Mężcz.	Kobiet	Razem
Paralysis progressiva	11	—	11
Taboparalysis	—	—	—
Status epilepticus	—	—	—
Adynamia cordis	8	8	16
Myocarditis chronica	1	—	1
Marasmus senilis	—	3	3
Diabetes mellitus	1	—	1
Tbc. pulm. et intest	8	12	20
Pneumonia	—	1	1
Carcinoma	—	1	1
Ulcera intestini tenuis	—	2	2
Arteriosclerosis	2	—	2
Erisipelas c. complicatione	—	1	1
Arthritis rheumatica	—	1	1
Hypernephroma	—	1	1
Inanitio	—	2	2
Razem:	31	32	63

Tablica VIII.

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	Mężcz.	Kob.
do 1 miesiąca	35	29
do 2 miesięcy	9	8
do 3 „	2	5
do 4 „	3	4
do 5 „	2	2
do 6 „	6	5
do 1 roku	6	10
do 2 lat	10	3
do 3 „	12	2
do 5 „	16	6
do 10 „	4	4
ponad 10 lat	8	7
od dzieciństwa	2	1
niewiadomo	28	14
Razem:	143	100

Tablica IX.

Poraz który w Zakładzie.

	Mężcz.	Kob.
poraz 1-szy	116	81
„ 2-gi	16	14
„ 3-ci	8	3
„ 4-ty	3	1
„ 5-ty	—	—
„ 6-ty	—	1
„ 7-my	—	—
Razem:	143	100

Tablica X.

Wypisano z Zakładu.

Po pobycie w Zakładzie do	wyleczonych		W stanie polepsz.		Bez zmiany		Bez objawów chorobowych		Zmarło		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
miesięcy 1	1	—	1	1	12	3	1	2	2	3	16	8
„ 2	—	—	2	7	2	4	1	—	3	2	9	14
„ 3	—	1	6	3	8	4	1	—	5	1	20	9
„ 6	4	2	8	4	3	4	—	—	4	2	19	12
„ 12	4	4	5	5	4	3	—	—	1	—	14	12
lat 2	—	1	4	9	3	2	—	—	1	6	8	18
„ 5	—	—	5	2	6	3	—	—	4	5	15	10
„ 10	—	—	3	2	4	3	—	—	6	5	13	10
„ 15	—	—	2	—	1	—	—	—	2	2	5	2
ponad 15 lat	—	—	4	—	2	1	—	—	3	6	9	7
Razem	9	8	40	33	45	27	3	2	31	32	128	102

Tablica XI.

Klasy wyżywienia

Klasa wyżywienia	I kl.		II kl.		III kl.		Razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
Stan w dniu 31 III. 1933	3	5	10	19	515	451	528	475	1003
Przyjęto w r. 1933/34									
a) nowych pacjentów	1	—	7	9	135	91	143	100	243
b) przepisano z in. kla.	—	—	1	6	2	6	3	12	15
Razem:	4	5	17	34	552	548	674	587	1261
Ubyło:									
a) przez wypisanie	1	1	2	7	125	94	128	102	230
b) przez przepisanie do innych klas	1	1	1	5	1	6	3	12	15
Razem	2	2	3	12	126	100	131	114	245
Pozostało	2	3	14	22	426	448	543	473	1016

Tablica XII.

Zawód pacjentów.

a) Mężczyźni:

	stan 31. 3. 33	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31. 3. 34
Ziemianie	6	—	—	6
Gospodarze rolni	37	11	9	39
Przemysł i rzemiosło	51	38	22	67
Kupcy	31	9	9	31
Uczeni	35	1	2	34
Nauczyciele	6	3	3	6
Uczniowie	17	4	7	14
Urzędnicy i wojskowi	43	19	10	52
Handlarze i kelnerzy	15	6	7	14
Robotnicy	194	43	53	184
Bez zawodu	93	9	6	96
Razem:	528	143	128	543

b) Kobiety:

	Stan 31.3.33	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31.3.34
1) bez zawodu:				
żony i córki z inteligencji	42	4	6	40
„ „ ze stanu średn.	102	7	9	100
„ „ ze stanu robot.	181	31	27	185
2) ze stanu zarobkującego:				
nauczycielki i bony	26	—	1	25
krawcowe i modniarki	11	5	5	11
książkowe, sprzedawaczki	28	4	3	29
gospodynie, kucharki	14	3	2	15
pielęgniarki, akuszerki	6	—	—	6
służące, robotnice	65	46	49	62
Razem:	475	100	102	473

Tablica XIII.

od 1. 4. 33 do 31. 3. 34.

Choroby zewnętrzne	
a) róża	— + 2 [1]) / 2
b) świerzb	(2) + — / (2)
c) ropnie i wrzodzianki	86 + 71 / 157
d) odleżyny	(1) + (2) [2]) / (3)
Choroby wewnętrzne	
a) rozwolnienie	14 + 11 / 25
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) gruźlica otwarta	3 + 2 / 5
e) odra	
f) zimnica	
g) płonica	
h) błonica	
i) jaglica	9 + 11 ([1]) / 10([1])
Inne niepożądane zjawiska	
1) zanieczyszczenie	6 + 2 / 8
2) samowolne opuszczenie Zakładu	
a) z oddziałów otwartych	3 + 3 [3]) / 6
b) z oddziałów zamkniętych pod ścisłym dozorem	6 + 2 / 8
3) samobójstwa	—
4) uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjenta	1 + 3 / 4
5) wybryki pacjentów względem pielęgniarzy	6 + 11 / 17
6) bójki pacjentów między sobą	8 + 14 / 22
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	—

1) mężczyźni i kobiety / razem
2) pacjenci przybyli z odleżynami.
3) nie uwzględnia się pacjentów mających zupełną swobodę ruchu którzy się oddalili i sami wrócili.

Tablica XIV.

Terapja.		
1) zabiegi chirurgiczne	98+61	159
2) opatrunki	289+178	467
3) karmienie zgłębnikiem	3+6	9
4) zastrzyki skopolaminy	—	
5) zastrzyki morfiny	—	
6) zastrzyki extr. opii	1(28)+(155)	7(183)
7) Proteinoterapja	67(662)+16(150)	83(812)
8) zawijania w koce	—	
9) Kąpiele prolągowane		
a) ze względów psychjatrycznych	—+6(72)	6(72)
b) ze względów cielesnych	9(198)+27(276)	36(474)
10) nasennniki	43(239)+36(318)	79(557)
11) leki stosowane w chorobach somatycznych	276(5994)+265(6918)	541(12912)
12) leki przeciwko napadom epileptycznym	42(7553)+37(7432)	79(14985)
13) leki antyluetyczne	53+15	68
14) zimnica stosowana w przypadkach p. p.	28+3	31
15) zimnica stosowana w przypadkach Schizofr.	—	
16) autohemoterapja	2+—	2
17) elektroterapja	37(494)+45(519)	82(1013)
18) hydroterapja	7(38)+—	7(38)
19) masaż	2(43)+8(262)	10(305)
20) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	91%	
Śmiertelność		
1) zmarło ogółem	31(2)+32(2)	63(4)
2) zmarło na gruźlicę	8+13	21
3) autopsyj dokonano	4+6	10
Uszkodzenia przedmiotów przez pacjentów.		
1) szyby i ściany	21+27	48
2) mebte	8+7	15
3) odzież	12+10	22
4) bielizna	8+10	18

1) Liczby oznaczają ilość chorych.
2) Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Zakładu w stanie dogorywania i zmarli bezpośrednio po przyjęciu.

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników Zakładu i współdziałanie unormowane jest: regulaminem dla służby z dnia 5. III. 1895 przepisami służby wewnętrznej z dnia 2 III. 1897, przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. VIII. 1901, A, B, i C, instrukcjami dla kas z dnia 27. II. 1901, oraz specjalnemi rozporządzeniami Starostwa Krajowego.

Według przepisów obowiązujących, Zakład przedłożył w roku sprawozdawczym perjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 12 = 144, rocznych 8.

Urzędowanie opierało się na 54 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało trzech urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli 6 podróży służbowzch na zarządzenie Starostwa Krajowego, 8 na zarządzenie Dyrekcji Zakładu.

Podróże służbowe w roku 1933 1934

w miesiącu	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	razem
	—	—	3	1	5	3	1	—	—	—	1	—	14

Podróży służbowych dokonano w sprawach związanych z Administracją Zakładu, w związku z wystawą higjeniczną w Poznaniu, Zjazdem Psychjatrów Polskich w Kościanie.

Żywienie: W klasach I-szej, II-ej i III-ej pacjenci otrzymywali pożywienie 5 razy dziennie, w klasie III b. 3 razy dziennie z dodatkami.

W klasie I-szej pacjenci otrzymywali na I-sze śniadania kawę, mleko i bułki z masłem, na 2-gie śniadanie chleb z masłem, wędliny, lub ser. Obiad składał się z 5 dań. Mięso otrzymywali pacjenci codziennie z wyjątkiem dni postnych, w których podawano rybę, na podwieczorek podawano mleko, bułki z masłem, na kolację potrawy mięsne (w dnie postne jajka, rybę, lub inne potrawy postne), chleb z masłem i herbatę.

W klasie II-ej na 1-sze śniadanie podawano kawę, mleko, chleb z masłem, wędliny, lub ser 4 razy na tydzień. Obiad składał się z 4 dań. Mięso otrzymywali pacjenci II klasy codziennie z wyjątkiem dni postnych. Na podwieczorek podawano kawę, mleko, chleb z masłem, na kolację ciepłe potrawy mięsne, (w dni postne jajka), chleb z masłem i herbatę.

W klasie III-ej na I-sze śniadanie chorzy otrzymywali kawę z mlekiem, chleb z masłem, lub smalcem, albo z marmeladą. Na 2-gie śniadanie chleb smarowany i herbatę. Obiad złożony z 3 dań mięso 3 razy na tydzień; do obiadu: Kapustę lub sałatę albo kompot. Na podwieczorek otrzymywali pacjenci kawę z mlekiem, chleb, na kolację zupę mleczną i chleb, lub herbatę.

Na porcję dzienną chorego składało się przeciętnie:

Klasa	chleb gr	bułek gr	mięsa gr	obkładu gr	tłuszczu gr	mleka ltr.	jarzyn gr	krupów gr	ziemniak. gr	mąki gr	kawy gr	cukru gr	herbaty gr	jaj szt.	owoców gr	śmietany gr	śledzi gr	ryb gr
I	330	200	280	50	120	0,3	400	50	1000	80	30	75	4	2	100	50	30	30
II	500	—	260	30	105	0,3	300	30	1000	50	20	70	4	1	50	30	30	7
III	500	—	90	15	95	0,3	250	100	800	30	10	60	2	—	8	—	20	—

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymywali jeszcze oprócz powyższych ilości placek, 150 gr. kiełbasy, i po 2. wzgl. 1 jajku, chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą, jako dodatek 20 gr. tłuszczu, 250 gr. chleba i 150 gr. kiszki, lub wędzonej słoniny sera.

Cieleśnie chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego, składającego się z 2 jaj, 1/2 ltr. mleka wzgl. kakao i 100-200 gr. bułek wzgl. osobną dietę.

Opłata za pacjentów wynosiła w roku sprawozdawczym:

a) za pacjentów z Województwa Poznańskiego:
od 1. 4. 1933 do 15. 5. 1933 I. klasie 12 zł. II. klasie 8,20 zł. III. klasie 4,50 zł. dla Gmin i Zw. Kom. w III. kl. 1.85 zł.
od 16. 5. 1933 do 31. 3. 1934. w klasie I-szej 10,— zł., w klasie II-giej 7,— zł., w klasie III-ej 3,50 zł., dziennie. Gminy i Zw. Kom. w III. kl. 1,65 zł.

b) za pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
od 1. 4. 1933. do 15. 5. 1933 w klasie I-szej 13.80 zł. w klasie II-ej 9.43 zł., w klasie III-ej 5.18 zł. dziennie. Gminy i Zw. Kom. w III-ej kl. 4,50 zł.
od 16. 5. 1933 do 31. 3. 1934 w klasie I-szej 11,50 zł., w klasie II-ej 8,— zł. w klasie III-ej 4,— zł., dziennie.

Gminy z poza Wojew. Poznańskiego płaciły za ubogiego pacjenta od 1. 4. 1933 do 15. 5. 1933 4,— zł., a od 16. 5 1933 do 31. 3. 1934 3.50 zł., dziennie. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Wojew. Poznańskiego wynosiła od 1. 4. 1933 do 15. 3. 1933 1,85 zł., od 16. 5. 1933 do 31. 3. 1934 1,65 zł. a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	rok 1933									rok 1934		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
złotych	1,99	1,08	2,12	2,65	2,07	2,47	3,26	2,69	2,58	3,09	2,78	2,14

Opłata dzienna kosztów utrzymania pacjentów obowiązująca od 1. I. 1934 w III klasie wynosi dla Ubezpieczalni Społecznych z Województwa Poznańskiego 2,98 zł., a dla Ubezpieczalni Społecznych z poza Województwa Poznańskiego 3 40 zł.; dla pacjentów leczonych na koszt Tymcz Wydz. Sam. we Lwowie wynosi od 1. 4. 1933 w III kl. 3,35 zł. Miejsc bezpłatnych w roku sprawozdawczym nie było. Dni szpitalnych było 363.915, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1.067.272,55 zł. zatem przeciętnie dziennie koszty utrzymania jednego chorego wynosiły 2,93 zł.

Rozrywki. W okresie sprawozdawczym urządzono dla pacjentów 28 zabaw, a mianowicie: 4 przedstawienia teatralne połączone z tańcami, 24 zabaw tanecznych, pozatem odbywały się koncerty radjowe w kasynie lekarskiem. Prócz tego słuchali pacjenci audycyj radjowych z zainstalowanego w paw. VII ż. aparatu radjowego, od którego prowadzą rozgałęzienia na paw. III, IV i VI ż. W dniu 3. maja 1933 odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji, w dniu 11. listopada 1933 akademja z okazji Święta Niepodległości, w dniu 19 marca 1933 akademja z okazji imienin p. Marszałka Piłsudskiego. Podczas tych uroczystości wygłoszone zostały okolicznościowe przemówienia i deklamacje, a chór zakładowy śpiewał przy akompanjamencie orkiestry zakładowej, złożonej z pacjentów.

Od wiosny do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, footbal, kręgle. Dla rozrywki pacjentów posiada Zakład 2 fortepjany 2 bilardy i w kasynie lekarskim trzeci, z którego pacjenci często korzystali.

Inwestycje. W roku sprawozdawczym przeprowadzono całkowity remont pawilonów V m. i V ż., mianowicie w celu zapobieżenia pęknięć muru nad drzwiami odbito tynk, wyreperowano mur i położono pod tynk siatki druciane, futryny u wszystkich drzwi obito listewkami, przymocowano odstające od ścian listwy podłogowe, usunięto z korytarzy szafki drewniane, służące jako ochrona do hydrantów pożarowych i umieszczono je w oszklonych niszach, wybitych w murze, położono przewody światła elektrycz-

nego pod tynk i wszystkie ubikacje wymienionych pawilonów pomalowano. Pozatem przeprowadzono remont malarski 7 pokojowego mieszkania lekarza-prymarjusza, 3 pokoi lekarzy asystentów i 15 ubikacyj w mieszkaniach urzędniczych po poprzedniem przełożeniu instalacji światła elektrycznego pod tynk.

W budynkach gospodarczych przeprowadzono remont malarski w pracowniach: szewskiej, krawieckiej, szwalni siodlarsko-tapicerskiej oraz w stolarni; także i w tych ubikacjach założono nowe przewody światła elektrycznego pod tynk, wzgl. w rurkach izolacyjnych.

W willi dyrektora wpuszczono rury spadowe do sieci kanalizacyjnej; przeprowadzono izolację rur paronośnych w kotłowni oraz rur doprowadzających parę do ogrzewania pawilonów po stronie męskiej i częściowo po stronie żeńskiej w ogólnej długości 367,10 mtr., naprawiono studnię obok III. paw. ż., pompę do posiłkowania kotłów parowych w kotłowni, dźwig w pralni, oraz zakupiono 106 sztuk rusztów do kotłów parowych.

W roku sprawozdawczym nabyto:
a) 206 sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia hygjeniczne, zużyto 2450 kg. mydła do prania, czyszczenia oddziałów, oraz do mycia i kąpania chorych,
c) zakupiono 17 książek w 17 tomach dla bibljoteki beletrystycznej, pozatem Zakład prenumerował dla chorych 5 gazet codziennych i 3 czasopisma ilustrowane, które po oprawieniu kompletnych roczników włączono do bibljoteki beletrystycznej tak, że ogółem nabyto 17 + 3 to jest 20 książek.
d) nabyto 1 dzieło naukowe do bibljoteki lekarskiej, prenumerowano 62 czasopisma lekarskie, oraz 3 dzienniki urzędowe dla administracji Zakładu.

Z końcem roku sprawozdawczego Zakład posiadał ogółem:
a) w bibljotece lekarskiej 1093 dzieł w 1178 tomach,
b) w „ administr. 196 „ „ 244 „
c) w „ beletryst. 2485 „ „ 3524 „

W roku sprawozdawczym zużyto w Zakładzie:
a) Opału: 1.935.400 kg. węgla, 162.000 kg. koksu oraz 48 m^3 drzewa opałowego. Materjał ten zużyto: w okresie zimowym do opalania ubikacyj, oraz oranżerji, przez cały rok zaś: w kotłowni, kuchni, pralni i prasowni. W ubikacjach mieszkalnych utrzymywano temperaturę od 16—20 st. C.

b) prądu elektrycznego, siły, światła, 149500 kilowatów. Oświetlano 130 ubikacyj, o ogólnej pojemności 89826 kbm. przez cały rok przeciętnie po 11 godzin dziennie, oprócz tego oświetlano drogi i place zakładowe, oraz odcinek szosy, przy której Zakład jest położony, pozatem korytarze w domach mieszkalnych.

c) wody zużyto 175.700 kbm.

Zakład posiada własną straż pożarną, składającą się z 54 członków pracowników i wyposażoną w potrzebny sprzęt.

Gospodarstwo rolne.

zestawił agronom MARJAN BUSCHKE

Sprawozdanie niniejsze folwarku Dziekanka obejmuje:

I. Obszar gospodarstwa rolnego.
II. Klasa ziemi i kultura roli.
III. System prowadzenia gospodarstwa rolnego.
IV. Inwentarz żywy.
V. Budynki i inwentarz martwy.
VI. Wyniki techniczno-rolnicze.
VII. Nawożenie.
VIII. Wyniki finansowe.
IX. Budżet rolny.
X. Opis poprzednich lat.
XI. Różne.

I. *Obszar ogólny* folwarku wynosi 113,— ha.

z tego:

a) obszar uprawny . . .	109,50	„
b) „ łąk	5,—	„
c) „ ogrodów . . .	6,—	„
d) „ wody	0,50	„
e) zabudowania, podwórze, drogi, cmentarz i nieużytki . .	12,—	„

II. *Klasa ziemi* V. i VI. — *Kultura roli* była do roku 1925 dobra' od roku 1925 do 1931 nastąpiło znaczne pogorszenie wskutek wadliwej wzgl. nieracjonalnej uprawy, wynikiem czego została rola nadmiernie zachwaszczona. Od roku 1932 wysuwa się zatem walkę z chwastami na czoło zagadnień uprawnych, aby rolę do stanu normalnego doprowadzić.

III. *System prowadzenia gospodarstwa rolnego* idzie w kierunku zaopatrzenia szpitala Dziękanka w produkty rolne i tem sa-

mem opiera się głównie na: a) produkcji mięsa wołowego i wieprzowego, b) nabiału, c) warzywa i owoców, d) płodów rolnych. Ze względu na stosunkowo mały obszar gospodarstwa rolnego, całkowite pokrycie zapotrzebowania szpitala (przeszło 1000 pacjentów) na poszczególne produkty rolne, technicznie i gospodarczo jest niemożliwe, prócz warzywa i owoców, których produkcja pokrywa w całości zapotrzebowanie szpitala. Jednakże obecnie prowadzony system gospodarczy idzie w kierunku racjonalizacji gospodarstwa rolnego, aby produkcję stopniowo zwiększyć. Wymaga to dłuższego czasu ze względu na to, że rolnictwo nie znosi radykalnych i szybkich pociągnięć, a w dodatku ciężka sytuacja finansowa i względy oszczędnościowe nie pozwalają na przeprowadzenie szybszej racjonalizacji całokształtu gospodarstwa rolnego. Wszelkie prace rolne wykonują pacjenci, a warsztat rolny jest głównie warsztatem pracy i środkiem leczniczym. Dlatego niemożna żądać pierwszorzędnych wyników. Zatrudnia się jedynie w małej części robotników rolnych do oprzętu inwentarza, jednakże przy pomocy pacjentów.

W roku 1932.

1. *konie* uzupełniono drogą selekcji do 75 proc. w stosunku do poprzedniej siły pociągowej.
2. *bydło rogate* poprawiono w jakości przez zwiększenie indywidualnej wydajności mleka o blisko 100 proc. Obecna wydajność mleka wynosi na sztukę 12,75 ltr. Aby w głównej części pokryć zapotrzebowanie szpitala w mleko, wymaga obora uzupełnienia krów o 20 sztuk, by ogólna ilość krów wynosiła 40 dójek. Ze względów ekonomiczno - gospodarczych zaprowadzi się oborę w kierunku produkcji mleka z wyłączeniem trzymania wzgl. chowu cieląt. („Abmelkewirtschaft.") Prócz tego przewiduje się trzymanie w większej ilości bydła opasowego (tucznego) na pokrycie mięsa wołowego dla szpitala.
3. *Świniarnia* została ilościowo i jakościowo naprawiona i nastawiona na większą produkcję mięsa przy zastosowaniu własnego przychówku. W stosunku do lat poprzednich jest kalkulacja znacznie gorsza, ze względu na nikłą ilość odpadków kuchennych, a które stosowano dawniej jako główną paszę dla świń. Wskutek tego spasa się większą ilość kartofli, śrótu i ospy oraz spala się większą ilość węgla do parownika, co przedraża znacznie wytwórczość.

IV. Inwentarz żywy wykazywał w ilości (od roku 1918 — 1933 r.)

rodzaj	w latach.															
	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23	23/24	24/25	25/26	26/27	27/28	28/29	29/30	30/31	31/32	32/33	33/34
koni	20	17	18	19	20	19	19	18	17	16	22	20	16	18	18	18
bydła	45	52	49	51	55	47	53	48	43	45	35	35	37	41	42	42
świń	40	41	70	68	82	90	74	69	52	69	34	23	73	84	92	121
owiec	—	—	—	—	—	10	9	15	16	14	10	9	29	30	15	21
drobiu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	42	45	86
wołów	6	6	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

VI. Wyniki techniczno — rolnicze w stosunku na 1. mg. w ctr. —(50 kg.) od roku 1918/19 do 1933/34.

płody	w roku.															
	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23	23/24	24/25	25/26	26/27	27/28	28/29	29/30	30/31	31/32	32/33	33/34
żyto	6,50	7,—	8,50	9,—	8,56	9,50	7,—	7,—	6,50	8,—	5;87	7,42	8,61	7,51	7,50	8.90
pszenica	6,50	9,—	9,50	—	—	—	—	8,—	9,—	9,50	—	8,60	8,90	8,50	8,25	9,40
jęczmień	10,50	9,—	8,—	9,—	—	10,—	7,—	10,—	9,—	9,50	7,—	9,—	7,—	9,—	10,75	10,50
owies	10,—	9,—	—	—	—	8,—	9,—	9,—	8,—	9,—	10,50	9,—	10,—	9,50	11,20	11,40
kartofle	—	—,	—	70,—	64,—	65,—	55,—	80,—	79,—	70,—	57,—	54,—	66,—	68 —	95,—	72,—

4. *Gospodarka drobiowa* jest głównie nastawiona na produkcję jaj (kury rasy „Karmazyny“) i mięsa (gęsi, kaczki, indyki). Racjonalizacja drobiu została w roku 1932|33 zapoczątkowana.
5. *Budynki i inwentarz martwy.* Budynki obejmują stajnię, oborę (nad stajnią i oborą znajduje się śpichrz) świniarnię, dwie stodoły dom mieszkalny dla administratora, dom dla deputatników. W roku 1932 pobudowano oborę dla bydła młodego i opasowego oraz szopę do maszyn i narzędzi rolniczych. Wszystkie budynki są murowane.

W roku 1932/33 wykonano reperacje dachów stodoły 1. i 2-giej, stajni, obory, świniarni i domu mieszkalnego. Naprawiono 7 wrót u stodół i założono jedne nowe wrota — pozatem naprawiono wszystkie drzwi w stajni, oborze i świniarni. Nad świniarnią wykonano dwa nowe balkony i drzwi do składania słomy. Rozebrano przybudówkę za świniarnią, a drugą przerobiono dla drobiu. Wszystkie drzwi i wrota posmarowano w celach konserwacyjnych karbolineum.

W roku 1933 otynkowano stajnie, oborę, częściowo świniarnię, mur od bramy do stodół i budynki pomalowano (bielono z odcieniem.) Wykonano murarskie naprawy u stodół, w chlewie u robotników oraz drobniejsze i konieczne naprawy przy budynkach gospodarczych. Smołowano dachy nad stajnią, oborą, świniarnią, stodoły nr. 1 i 2 i domu mieszkalnego dla robotników.

Inwentarz martwy. W roku 1932|33 zostały maszyny i narzędzia rolnicze ulepszone, częściowo drogą gruntowej naprawy, częściowo drogą kupna z powodu nadmiernego zużycia. Pozatem naprawiono zniszczone wozy robocze, powózki, uprząż i inne przedmioty gospodarcze.

Produkcja mięsa wynosiła rocznie (w ctr.)

W roku	wieprzowiny	wołowiny	cielęciny
1918-19	35,—	—,—	-,—
19-20	48,—	—,—	—,—
20-21	38,—	59,—	—,—
21-22	52,—	132,—	5,—
22-23	68,—	43,-	9,—
23-24	72,—	41,—	8,—
24-25	115,—	47,—	6,—
25-26	92,—	61,—	8,—
26-27	109,—	83,—	9,—

W roku	wieprzowiny	wołowiny	cielęciny
27-28	168,50	158,—	18,—
28 29	172,50	152,—	16,—
29-30	204,—	90,—	19,—
30-31	95,—	71,—	11,50
31-32	65,—	58,—	12,—
32-33	278,—	165,—	16,—

Produkcja mleka wynosiła rocznie w ltr.

W roku	ogółem ltr.	przeciętnie na sztukę ltr.
1918-19	32.000	—
19-20	34.000	4,—
20-21	42.000	6,—
21-22	16.000	3,50
22-23	31.000	7,50
23-24	32.000	7,50
24-25	41.000	7,—
25-26	38.542	6,50
26-27	52.148	5,50
27-28	69.589	5,50
28-29	63.630	4,80
29-30	90.042	7,50
30-31	95.696	7,90
31-32	65.893	6,20
32-33	68.414	11,50
33-34	78.512	12,30

VII. Nawożenie sztuczne i naturalne (w ctr.)

Rok	sztuczne				naturalne		
	azotowe	fosfo-rowe	pota-sowe	wapno	obornik	kom-post	fekalje
1918|19	—,—	—,—	—,—	—,—	3.000	—,—	Pola irygacyjne
19|20	—,—	200,—	—,—	—,—	3.000	—,—	
20|21	300,—	400,—	500,—	—,—	3.000	100,—	
21|22	350,—	300,—	460,—	500,—	4.000	—,—	

VII. Nawożenie sztuczne i naturalne (w ctr.)

Rok	sztuczne				naturalny		
	azotowe	fosforowe	potasowe	wapno	obornik	kompost	fekalje
22/23	275,—	350,—	350,—	—,—	3.500	—,—	Pola irygacyjne
23/24	300,—	400,—	300,—	200,—	4.000	250,—	
24/25	350,—	450,—	250,—	—,—	4.500	—,—	
25/26	250,—	400,—	350,—	—.—	5.000	—,—	
26/27	300,—	250,—	400,—	—,—	3.500	—,—	
27/28	335,—	300,—	700,—	—,—	2.500	—,—	
28/29	310,—	240,—	650,—	—,—	5.560	50,—	
29/30	358,—	370,—	600,—	500,—	2.100	—,—	
30/31	350,—	300,—	400, -	200,—	3.000	80,—	
31/32	240,—	210,—	250,—	—,—	4.100	240,—	
32/33	90,—	115,—	100,—	900,—	5.200	400,—	
33/34	127,—	100,—	100,—	800,—	6.000	800,—	

Ze względu na niskie ceny produktów rolnych w stosunku do wysokich cen nawozów sztucznych, oraz ze względów oszczędnościowych nastąpił odwrót w stosowaniu nawozów sztucznych, a wzamian za to kładzie się specjalny nacisk na nawozy naturalne, (obornik, kompost, gnojówka) i racjonalną uprawę oraz pielęgnację (opełanie) wszystkich zbóż. Aby jednakże nie obniżyć nadmiernie plonów i nie wyjałowić ziemi z potrzebnych składników pokarmowych, jest pełne nawożenie sztucznemi nawozami (azot, fosfor, potas i wapno) co dwa lata wskazane, inaczej nie można liczyć na dobre plony.

VIII. Wyniki finansowe

W roku	dochód zł.	rozchód zł.	nadwyżka zł.	deficyt zł.	Uwagi
1918-19	61.350,—	69.250,—	—,—	7.900,—	
19-20	71.067,98	76.674,52	—,—	5.606,54	
20-21	76.890,42	68.974,81	7.915,61	—,—	
21-22	67.890,50	68.432,08	—,—	541,59	
22-23	83.585,93	72.032,54	11.553,39	—,—	Lata konjunkturalne
23-24	91.741,64	79.208,55	12.553,09	—,—	
24-25	84.350,45	82.450,35	1.900,10	—,—	
25-26	82.410,10	79.305,05	3.105,05	—,—	
26-27	67.325,20	66.125,15	1.200,05	—,—	
27-28	69.152,77	66.350,02	2.802,75	—,—	
28-29	75.779,93	81.088,50	—,—	5.308,57	
29-30	107.795,80	125.000,87	—,—	17.205,07	
30-31	97.295,94	99.583,08	—,—	2.287,14	Lata kryzysowe
31-32	70 422,81	77.703,44	—,—	7.280,63	
32-33	70.544,23	80.110,34	—,—	9.566,11	
33-34	70.092,85	62.084.66	8.008,19	—,—	

IX. Budżety rolne.

Rok	preliminowano		
	dochody zł.	wydatki zł.	nadwyżka zł.
1927-28	121.500,—	110.400,—	11.100,—
28-29	127.726,75	115.726,—	12 000,75
29-30	162.400,—	132.550,—	29.850,—
30-31	161.257,—	133.011,—	28.246,—
31-32	121.123,—	102.904,—	18.219,—
32-33	107.311,—	102.342,—	4.969,—
33-34	83.857,—	79.600,—	4.257,—
34-35	78,557,—	62.132,—	16.425,—

Budżety rolne ustalono od roku 1927-28. Poprzednie lata zaliczono dochody i wydatki z gospodarstwa rolnego z budżetu zakładowego.

W skutek niskiej konjuktury w rolnictwie obniżyły się dochody preliminowane o ca. 50 proc., a wydatki o ca 40 proc. — w stosunku do lat konjukturalnych. Obniżenie wydatków i względy oszczędnościowe — lecz konieczne — utrudniają programowe zracjonalizowanie gospodarstwa rolnego.

X. Opis lat poprzednich.

Folwark zatrudniał w roku 1920 i następnych latach — prócz włódarza, szwajcara i 4 fornali najętych robotników w ilości 20-tu. Ilość najemników zredukowano w roku 1923 do 15, na zarządzenie Pana Dyrektora zakładu Dr. med. Dr. phil. Piotrowskiego, który zarazem wyznaczył większą ilość pacjentów do pracy na folwarku. Również pomoc najemników podczas żniw została zniesiona. Obecnie zatrudnia się tylko pacjentów do wszelkich prac rolnych, jedynie robotników rolnych do oprzętu inwentarza, jednakże przy pomocy pacjentów. Za prace pacjentów płaci folwark zakładowi roczny ryczałt w wysokości 2.000,— zł.

Ilość inwentarza oraz wyniki techniczno-rolnicze i finansowe wynikają z podanych zestawień.

Podczas lat wojennych był folwark ekstenzywnie prowadzony, wskutek czego wymagał w następnych latach nakładów, aby doprowadzić go do stanu normalnego i większej wydajności. W dniu 1. lipca 1919 r. objął nadzór nad folwarkiem Pan Dyrektor zakładu Psychjatrycznego Dziekanka Dr. med. Dr. phil. Piotrowski, którego dążeniem było ulepszenie zdewastowanego gospodarstwa rolnego. W głównej części folwark został zpowrotem do stanu racjonalne-

go doprowadzony, przy pomocy agronoma p. Buschke'go tak w kierunku inwentarza dochodowego i pociągowego, inwentarza martwego, budynków i większej wydajności produktów rolnych, a wyniki finansowe zostały osłabione jedynie wskutek niskiej konjuktury w rolnictwie, datującej od roku 1929-30. W dodatku ciężka sytuacja finansowa i niskie ceny na produkty rolne oraz względy oszczędnościowe nie pozwalają wzgl. utrudniają dalsze programowe ulepszenie gospodarstwa rolnego. Pomimo jednakże tych trudności, stoi folwark na znacznie wyższym poziomie rzeczowym, aniżeli w dobrej konjukturze za czasów zaborczych.

W poszczególnych latach lustrowali folwark: Pan Starosta Krajowy, Komisja rolna i do roku 1932 Kierownik oddziału rolnego agronom p. Buschke.

W myśl uchwały Wydziału Wojewódzkiego z dnia 5. XI. 1931 r. przeniesiono — ze względów ekonomicznych — z dniem 1. IV. 32 r. oddział rolny Starostwa Krajowego w Poznaniu i kierownika tegoż oddziału agronoma p. Buschke'go na folwark Dziekanka, z poruczeniem pełnienia zarazem funkcji administratora folw. Dziekanka.

XI. Różne.

W roku 1932

1. Splanowano i wybrukowano część podwórza przed świniarnią, podnosząc zarazem niski teren o 80 cm. oraz wybrukowano połowę drogi głównej przejazdowej od bramy do domu mieszkalnego administratora, obniżając przy tem teren o 30 cm.

2. Stworzono ogrodzony wylot dla świń (macior i prosiąt) oraz naprawiono i splanowano okólnik dla bydła.

3. Przełożono instalacje światła elektrycznego z zakładu na folwark i zwiększono ilość lamp elektrycznych, ze względów gospodarczych.

W roku 1933 — prócz drobniejszych napraw i ulepszeń dokonano.:

1. Wybrukowania drugiej połowy głównej drogi przejazdowej od domu mieszkalnego ku drodze Dalkowskiej, aż do domu deputatników, przyczem podwyższono teren przy bramie o 50 cm.

2. Splanowania drogi od zakładu na folwark i umocnienia jej przez nasyp szlaką.

3. Powiększenia wylotu dla drobiu o połowę i obsadzenia wewnątrz morwami.

4. Umocnienia drogi z tyłu od świniarni przez nasyp szlaką oraz obsadzenia topolami włoskiemi.

5. Założono ogródek ozdobny przed domem dla robotników. Drogę podjazdową z stodół obsadzono morwami. (żywopłot).

6. Postawiono płot przy ogródkach wzdłuż drogi Dalkowskiej i wkoło domu.

7. Nieużytki przy domu dla robotników zamieniono na ogródki warzywne i owocowe. Każdy deputatnik otrzymał przydział ogródka z trzema drzewkami owocowemi — posadzonemi jesienią 1933 r.

8. Postawiono nowy płot od domu administratora do bramy południowej.

9. W podwórzu posadzono 8 drzew (akacji)

10. Obecnie wykonuje się planowanie podwórza.

Większą część prac wykonano przy pomocy pacjentów, którzy wykonują wszelkie prace w gospodarstwie rolnem.

Administratorem folwarku jest od 1. IV. 1922 r. agronom i b. kierownik oddziału rolnego Starostwa Krajowego p. Marjan Buschke, który pozatem pełni nadzór nad 12 gospodarstwami rolnemi należącemi do Poz. Woj. Związku Komunalnego.

---

40 lecie rachunkowości i kasowości Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka.

Zestawił STANISŁAW KACZMAREK, kierownik kasy.

Jubileusz 40 letni istnienia Dziekanki obejmuje także dział rachunkowo - kasowy.

Kasowość i rachunkowość Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka przechodziła w w minionem 40-leciu dwa wyraźne okresy, które dzielą się na

I. okres administracji niemieckiej,

II. okres administracji polskiej:

a) gospodarka finansowa w markach polskich,

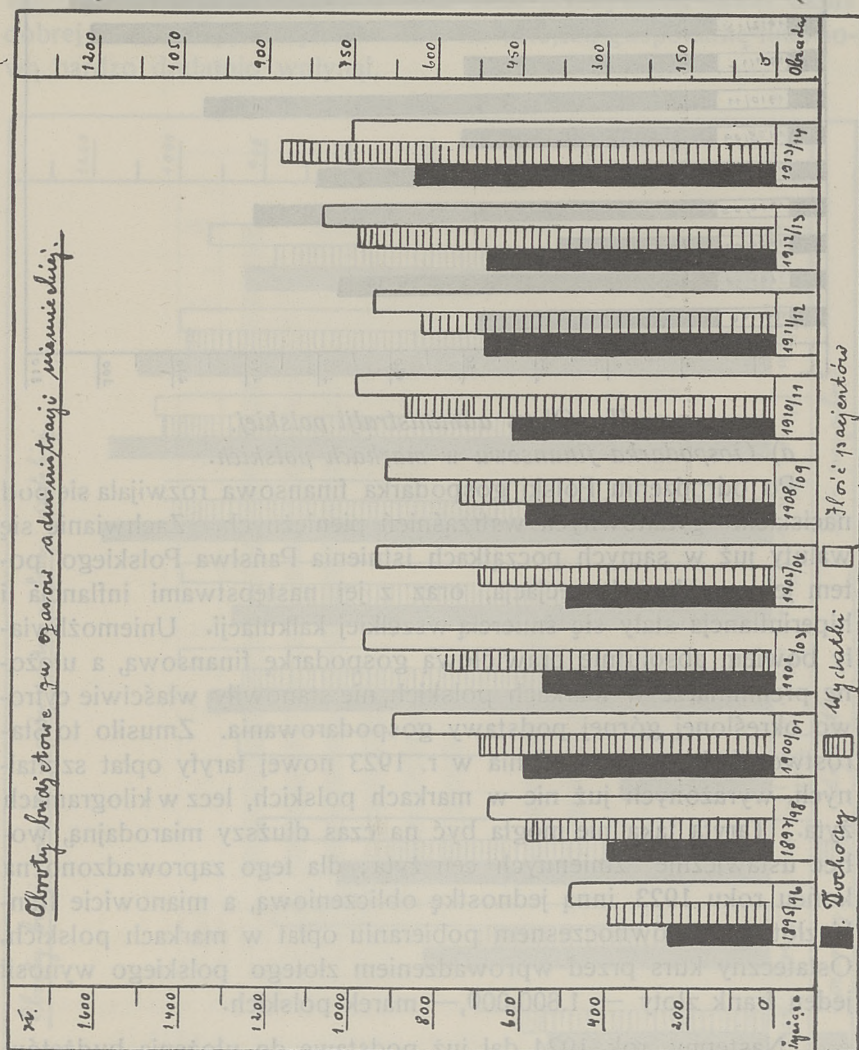
b) gospodarka finansowa w złotych polskich.

I. Okres administracji niemieckiej.

Gospodarka rachunkowo - kasowa opierała się początkowo t. j. od założenia Dziekanki w r. 1894 na luźnych przepisach wydanych przez ówczesnego Landeshauptmanna prowincji poznańskiej. Jednakże prowizorjum to nie mogło się na dalszą metę utrzymać i dawniejszy „Prowinzial - Auschuss“ (dzisiejszy Wydział Wojewódzki Poznańskiego Samorządu) polecił przygotować jednolite przepisy rachunkowo kasowe dla wsystkich zakładów podległych Landeshauptmannowi (dzisiejszemu Staroście Krajowemu województwa poznańskiego). Po uwzględnieniu przepisów przez specjalną komisję, wyłonioną na ten cel, uchwalił dawniejszy „Provinzial Ausschuss“ na posiedzeniu w dniu 22. lutego 1901 ostatecznie nową instrukcję rachunkowo - kasową z ważnością od 1. kwietnia 1901, która obowiązywała z małemi zmianami do roku 1927.

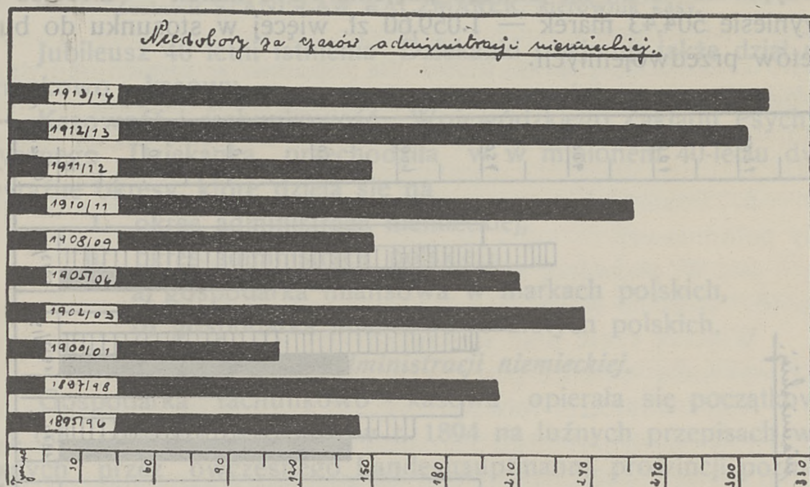
Pierwszy preliminarz Dziekanki na rok budż, 1895/96 ustalił obsadę zakładową na 350 chorych z wydatkami 188.500 marek t. j. po kursie 2,10 zł. = 395.850. - zł. a dochodem 118.000 marek w złotych polskich po tym samym kursie = 247.800 zł. Preliminarz ten przewidywał zatem, zresztą jak i późniejsze, niedobór w kwocie 70.500 marek, t. j. 148.050 zł., który pokrył Landeshauptmann w całości, obowiązany do tego mocą ustawy z dnia 11. lipca 1891 - zbiór ustaw pruskich na rok 1891, str. 300 —. Następne budżety aż do wybuchu wojny światowej nie doznały żadnych wahań, a podwyższały się jedynie w stosunku do wzrastającej obsady zakładowej. Przeciętny wydatek na jednego pacjenta wynosił w tym okresie 538,57 marek czyli w przeliczeniu 1.131,— zł. rocznie. Budżety wojenne stosunkowo wzrosły w skali wydatkowej, a to przez podwyższenie kredytu na uposażenie personelu i na wyżywienie

pacjentów, tak, że budżet na rok 1918/19 przewidywał w wydatkach 777.143 marek = 1.632.000,— zł. a przy obsadzie 745 chorych przypadało zatem na jednego pacjenta 1.043 marek — 2.190,60 co wyniesie 504,43 marek — 1.059,60 zł. więcej w stosunku do budżetów przedwojennych.



Mimo, że i taryfę szpitalną podwyższono, niedoborów nie dało się uniknąć. W wykresach przedstawiających obrazowo niemiecką gospodarkę finansową podałem rozmyślnie złote uwzględniając

kurs 2,10 zł. — 1 marka niemiecka dla lepszej orjentacji w stosunku do gospodarki polskiej.



II. Okres administralji polskiej.

a) Gospodarka finansowa w markach polskich.

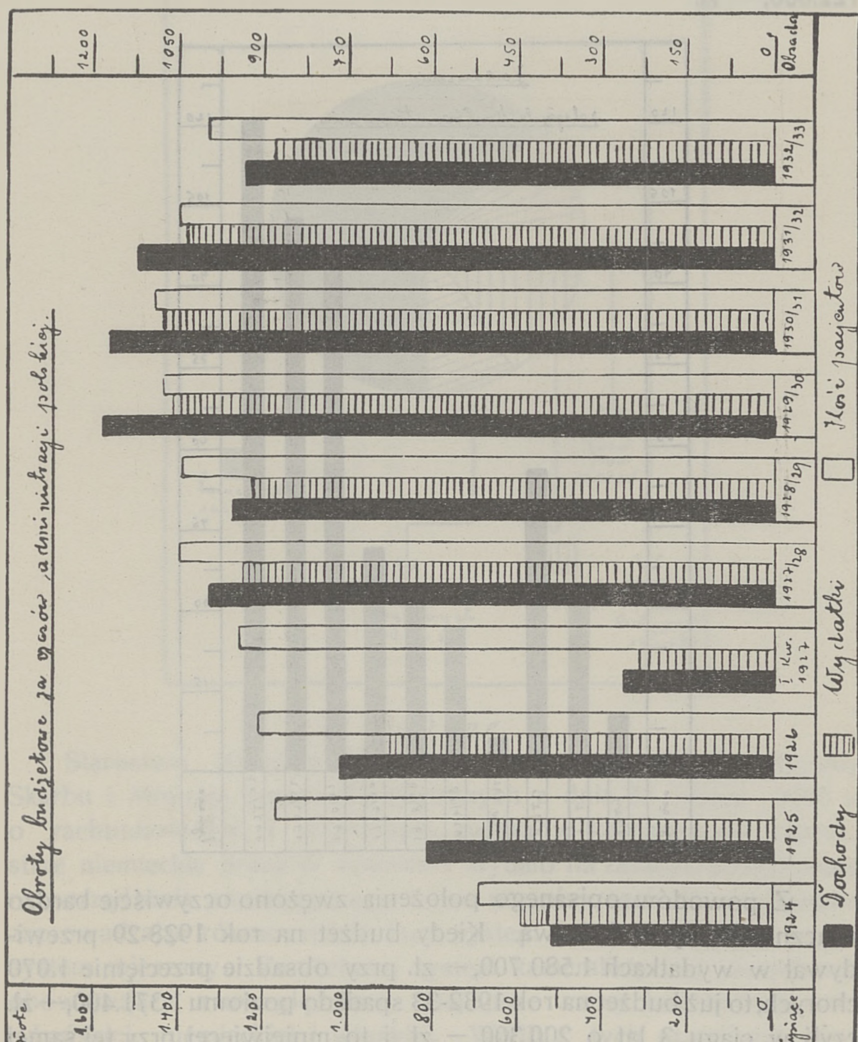
Po odrodzeniu Polski gospodarka finansowa rozwijała się pod naciskiem gwałtownych wstrząśnień pieniężnych. Zachwianie się waluty już w samych początkach istnienia Państwa Polskiego potem jej szybka deprecjacja, oraz z jej następstwami inflancja i hiperinflancja stały się śmiercią wszelkiej kalkulacji. Uniemożliwiały bowiem absolutnie prawidłową gospodarkę finansową, a ułożone preliminarze w markach polskich, nie stanowiły właściwie cyfrowo określonej górnej podstawy gospodarowania. Zmusiło to Starostwo Krajowe do wydania w r. 1923 nowej taryfy opłat szpitalnych, wyrażonych już nie w markach polskich, lecz w kilogramach żyta. Taryfa taka nie mogła być na czas dłuższy miarodajną, wobec ustawicznie zmiennych cen żyta; dla tego zaprowadzono na końcu roku 1923 inną jednostkę obliczeniową, a mianowicie franki złote przy równoczesnem pobieraniu opłat w markach polskich. Ostateczny kurs przed wprowadzeniem złotego polskiego wynosił jeden frank złoty — 1.800.000,— marek polskich.

Następny rok 1924 dał już podstawę do ułożenia budżetów w złotych polskich, zaprowadzonych, ustawą z dnia 11 stycznia 1924 r. o naprawie skarbu i reformie walutowej. Opuszczam więc pogląd na gospodarkę finansową z okresu inflacji, gdyż nie daje żadnego obrazu obliczeniowego. Wspomina się tylko, że obroty

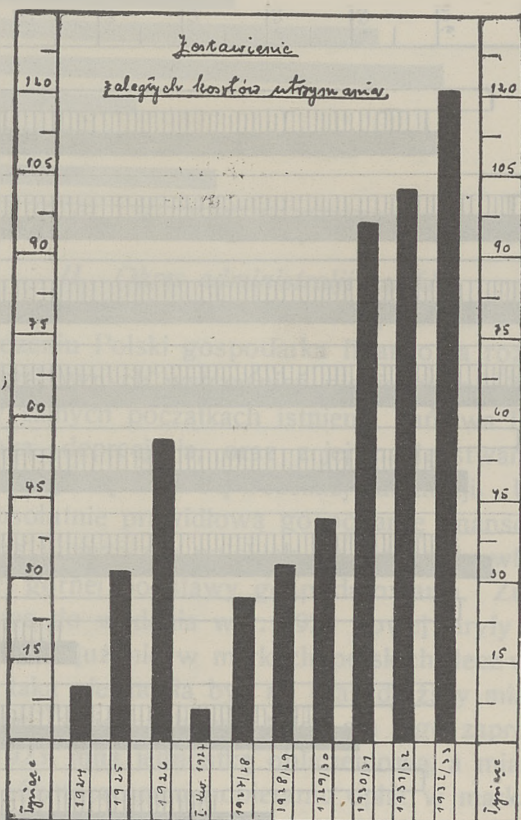
w ostatnim czasie hiperinflacyjnym dochodziły do fantastycznej sumy przeszło 80 miljardów marek polskich.

b) Gospodarka finansowa w złotych polskich.

Z chwilą wprowadzenia złotego polskiego, jako monety obiegowej, kończy się zatem okres inflacji i zastępuje go okres równowagi finansowej. Od końca roku 1927 przeżywano nawet okres dobrej konjuktury, który również i na tutejszą gospodarkę finansową bardzo dodatnio wpłynął.

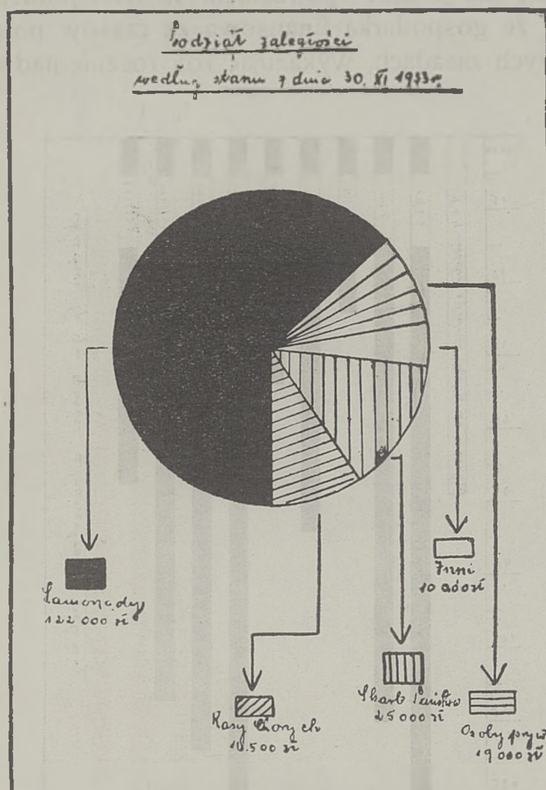


Opłaty szpitalne wpływały dość regularnie, a jeżeli wszystkich nie można było na końcu roku budżetowego zrealizować, to nie miało to większego znaczenia, gdyż zapłacono je z małemi wyjątkami w nowym roku budżetowym. Jednakże późniejszy kryzys gospodarczy i z tem złączony ciężki stan finansowy płatników zahamował w znacznym stopniu tutejszy rozwój dochodów w opłatach szpitalnych, które coraz więcej malały, a zaległości z tego tytułu stale wzrastały i wynosiły w roku budżetowym 1932-33 okrągłe 122.000,— zł.



Z powodów opisanego położenia zwężono oczywiście bardzo znacznie skalę wydatkową. Kiedy budżet na rok 1928-29 przewidywał w wydatkach 1.580 700,— zł. przy obsadzie przeciętnie 1.070 chorych, to już budżet na rok 1932-33 spadł do poziomu 1.371.400,— zł. czyli w ciągu 3 lat o 200.300, — zł. i to mniejwięcej przy tej samej obsadzie zakładu. Koszty przypadające według budżetu na jednę-

go chorego zniżono zatem z 1.477,29 zł. na 1.272,34 zł., czyli o 204,95 zł. Zniżka ta nie objęła opieki lekarskiej, lecz jedynie wydatki na utrzymanie budynków i t p. i na częściowe uposażenie personelu, wobec czego inwestycje ograniczono niestety do ostateczności.

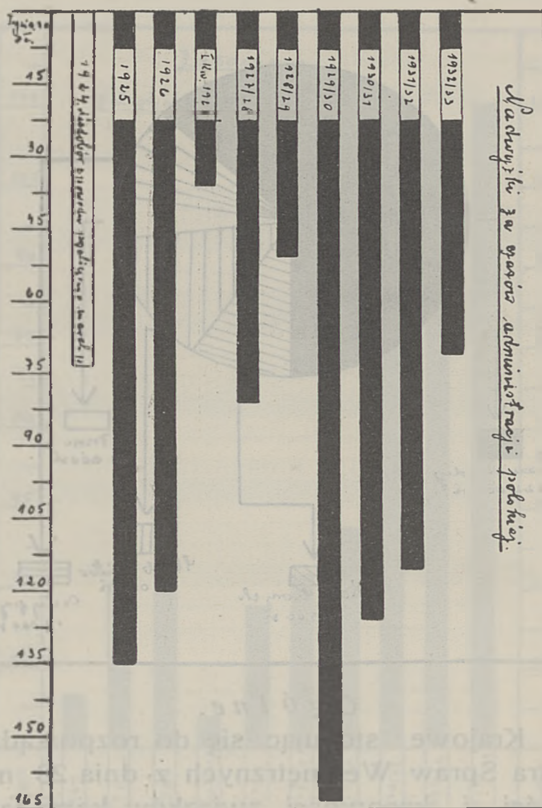


Ogólne.

Starostwo Krajowe stosując się do rozporządzenia Ministra Skarbu i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 marca 1927 r. o rachunkowości i kasowosci związków komunalnych, zniosło stare niemieckie przepisy kasowe i wydało na zasadzie powyższego rozporządzenia ministerjalnego nowe przepisy rachunkowo-kasowe zaprowadzając równoczcśnie inny system księgowania, tak zwany system mieszany. Zaniechano system kameralistyczny dotychczas obowiązujący, a uwzględniono najlepsze wzory buchhalterji amerykańskiej, niemieckiej i włoskiej. Według tych przepisów, również i poprzednich, kuratorem kasy jest każdorazowy dyrektor

szpitala. Jemu również podlega personel kasowy. Miesięczne rewizje kasy przeprowadza kurator kasy i to w pierwszej połowie każdego miesiąca. Nadzwyczajne rewizje 4 razy do roku przeprowadza Wydział Kontroli przy Starostwie Krajowem Poznańskiem przez specjalnie delegowanych urzędników.

Ogarniając raz jeszcze spojrzeniem 40 letni jubileusz Dziekanki widzimy, że gospodarka finansowa za czasów polskich opiera się na zdrowych zasadach, wykazując rok rocznie nadwyżki budżetowe.



Celowa i oszczędna gospodarka finansowa wykazała że administracja polska jest znacznie tańsza niż dawniejsza i to bez najmniejszego uszczerbku dla chorych.

